

Cornisa: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE EMTA DESDE DE LA TCT Y LA TRI.

**Análisis Diferencial de los Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de
Trastornos Afectivos (EMTA) desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la
Teoría de Respuesta al Ítem**

Liz Fonseca Consuegra.

Paola Andrea García Roncallo.



Universidad de La Costa, CUC.

Facultad de Psicología

Barranquilla

2013

**Análisis Diferencial de los Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de
Trastornos Afectivos (EMTA) desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la
Teoría de Respuesta al Ítem**

Liz Fonseca Consuegra.

Paola Andrea García Roncallo.

Asesor: Omar Fernando Cortés.

Universidad de La Costa, CUC.

Facultad de Psicología

Barranquilla

2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma de la Decana

Firma Líder de Grupo de Investigación

Firma de Asesor

Firma Juez Interno

Firma Juez Interno

Firma Juez Externo

Agradecimientos

En primera instancia queremos dar gracias a Dios.

A nuestra familia, por estar constantemente allí, luchando porque de cualquier forma nuestros sueños, deseos y planes futuros se hagan realidad.

A la Facultad de Psicología y al cuerpo de docentes que la componen, quienes nos apoyaron en diversos aspectos del proceso.

A nuestro tutor, Omar Cortés, por su labor como docente guía en este proceso. Por incentivarnos a propender siempre por la excelencia en los procesos de investigación. Por el tiempo, y los conocimientos otorgados desinteresadamente. Gracias.

Agradecimiento especial a nuestra docente líder del Semillero Cognitivo Conductual, Daniella Abello, por su incondicional apoyo en todos los aspectos, por motivarnos constantemente a seguir adelante sin importar los obstáculos que se presenten,

por valorar nuestras habilidades y conocimientos, y sencillamente por estar allí siempre, atenta a cualquier inquietud, solicitud o necesidad. Por su preocupación y comprensión.

A nuestros amigos, que siempre estuvieron alentándonos y quienes supieron apreciar así mismo, el valor de nuestro esfuerzo. A los de siempre, Gracias.

A nuestras parejas que nos brindaron su apoyo incondicional y nos ofrecieron las palabras precisas y las sonrisas perfectas para permanecer en pie de lucha por nuestro futuro, sin dar un paso atrás frente a la adversidad.

Y finalmente, a aquellos cuyos nombres o presencia escapan a la memoria, pero quienes directa o indirectamente nos llevaron a este proceso, a los personajes de la vida, gracias.

Paola García y Liz Fonseca

Resumen

El presente proyecto de grado se desarrollo bajo de asesoría del Ps. Omar Cortes, como apoyo al trabajo investigativo de la Ps. Daniella Abello (2011), y tuvo como objetivo analizar los niveles de confiabilidad, validez e indicadores psicométricos asociados de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) desde los modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem, en una muestra de 384 estudiantes pertenecientes a tres Instituciones de Educación Superior (IES) de la ciudad Barranquilla, mujeres y hombres, con edades comprendidas entre los 17 y 26 años. Este estudio se encuentra enmarcado en el paradigma empírico-analítico, su abordaje teórico es analítico sintético, y se considera un estudio instrumental, dada su finalidad. Los datos que fueron recolectado a través de la aplicación de los siguientes instrumentos: a) La Escala Multidimensional de Trastorno Afectivos (EMTA); b) El Inventario de Depresión de Beck (BDI) ($\alpha:0,791$); y c) La Escala Autoaplicada de Altman (Altman Self-Rating Manía Scale) en su versión adaptada al ámbito español ($\alpha:0,566$).

Tras el análisis de la Escala EMTA, se reportaron resultados satisfactorios desde ambos modelos. Desde la TCT, se evidenciaron índices de confiabilidad *Alfa de Cronbach* altos para ambas subescalas ($\alpha: ,9421$ para la Subescala de Depresión y $\alpha: ,864$ para la Subescala de Manía), una alta consistencia interna para todos los ítems, una sólida validez de constructo y una validez de criterio significativamente alta para la Subescala de Depresión, pero un poco por debajo de lo esperado para la Subescala de Manía: sin embargo, se considera que la debilidad de este aspecto subyace el reporte de confiabilidad del test paralelo empleado como referencia para la Subescala de Manía, se sugiere en futuras investigaciones emplear un referente mas confiable. Asi mismo, desde la TRI, se reportaron altos índices de fiabilidad desde ambas Subescalas, consistentes con lo obtenido desde la TCT: en el caso de Depresión a 0.88 para las personas y 0.99 para los ítems;

mientras que en lo referente a Manía, los índices fueron de 0.84 para las personas y 0.87 para los ítems. A lo largo del reporte de los resultados se gozó de un ajuste monotónico creciente tanto para los ítems como para las dos subescalas, con lo que se corrobora el cumplimiento del principio de la invarianza en la medición del rasgo latente, pese a que el reporte del comportamiento de los ítems y las personas, tendió a ser más uniforme para la Subescala de Manía como la Subescala de Depresión.

Los resultados obtenidos se ajustan significativamente a los parámetros teóricos de ambos modelos, respondiendo satisfactoriamente a las directrices. Sin embargo, la contrastación con otros estudios no fue posible porque no se encontraron investigaciones homologas al análisis realizado, pues en el mercado no se cuenta con escalas para medir los componentes de los Trastornos del Animo simultáneamente y los test de Depresión / Manía más reconocidos (Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Saiz, P., Bousoño, M., 2004; Sánchez, R., Velásquez, J., Navarro, A., 2011) han sido estandarizados desde un solo modelo la TCT, probablemente se deba a que estos estudios datan de una época anterior a la fecha del auge de la TRI.

Palabras claves

Teoría Clásica de los Tests, Teoría de Respuesta al Ítem, Análisis, Psicometría, Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos

Abstract

This graduation project was developed under Ps. Omar Cortes, the guidances, to support the research work of the Ps .Daniella Abello (2011), aimed to analyze the levels of reliability, validity and psychometric indicators associated Multidimensional Scale of Affective Disorders (EMTA) from the classical theory models of the Test and Item Response Theory in a sample of 384 students from three Higher Education Institutions in Barranquilla, women and men, aged between 17 and 26 years. This study is framed in the empirical-analytical paradigm, the theoretical approach is analytical-synthetic and is considered as an instrumental study, due to its purpose. The data were collected through the application of the following instruments : a) The Multidimensional Scale Affective Disorder (EMTA) b) The Beck Depression Inventory (BDI) (α : 0.791), and c) The self-report scale of Altman (Altman Self -Rating Mania Scale) adapted to the Spanish sphere (α : 0,566) .

After analyzing EMTA Scale, satisfactory results were reported from both models. From TCT results, the reliability indices of Alfa Cronbach were reported high for both subscales (α : , 942L for Depression subscale and α : , 864 for the Mania subscale) , high internal consistency for all items , an strong validity construct and criteria validity significantly higher for the Depression subscale , but a slightly lower than expected for the Mania subscale : however, it is considered that the weakness of this aspect underlies the reliability of the test report as used as reference for the Mania subscale , future research is suggested to use a more reliable standard . Also, from the TRI, was reported high levels of reliability from both subscales, consistent with the results obtained from the TCT: in the case of depression to 0.88 for individuals and 0.99 for items , while Mania rates were 0.84 for individuals and 0.87 for items . Throughout the report the

results enjoyed an increasing monotonic fit for both items to the two subscales, which confirms that the principle of invariance in latent trait measurement although the report item performance and people, tended to be more uniform for the Mania subscale as the Depression subscale.

The results are in accordance to theoretical parameters significantly in both models, responding well to guidelines. However, the contrast with other studies was not possible because there were no investigations homologous to the analysis, since the market do not have scales to measure components simultaneously Mood Disorders and Depression test / Manía most recognized (bobes, J., Hatch, M., Bascarán, M., Saiz, P., Bousoño, M., 2004, Sanchez, R., Velasquez, J., Navarro, A., 2011) have been standardized from one TCT model, probably because these studies date from a time before the date of the rise of the TRI.

Keywords

Classical Test Theory, Item Response Theory, Analysis, Psychometrics, Multidimensional Scale of Affective Disorders.

Contenido

Agradecimientos	4
Resumen.....	5
Abstract	7
Introducción	18
1. Definición del problema.....	24
1.1. Planteamiento del problema.....	24
1.2. Formulación del problema	24
2. Justificación.....	29
3. Objetivos.....	36
3.1. Objetivo general.....	36
3.2. Objetivos específicos	36
4. Marco teórico.....	37
4.1. Fundamentos teóricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA).	59
4.2. Fundamentos psicométricos basicos	80
4.3. Teoría Clásica de los Test (TCT).....	84
4.3.1. Desarrollo histórico de la TCT	88
4.3.2. Limitaciones del modelo lineal de la TCT	90
4.4. Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).....	92
4.4.1. Consideraciones teóricas de la TRI	93
4.4.2. Consideraciones generales del proceso de la TRI	98
4.5. Comparación de la TCT con la TRI y su uso conjunto.....	99

4.6. Disposiciones legales sobre la investigación psicológica	100
5. Metodología.....	104
5.1. Tipo de investigación.....	104
5.2. Muestra	105
5.3. Variables de Estudio	107
5.4. Instrumentos.....	110
5.5. Procedimiento	113
6. Presupuesto.....	115
6.1. Rubro personal	115
6.2. Viáticos	115
6.3. Rubro de materiales e insumos	116
6.4. Rubro de adquisición de software.....	116
6.5. Presupuesto general	117
7. Cronograma	118
8. Resultados.....	119
8.1. Análisis psicométrico de la Escala EMTA desde el modelo de la Teoría Clásica de los Test (TCT).....	119
8.2. Análisis psicométrico de la Escala EMTA desde el modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).	145
9. Conclusiones y Discusión.....	181
10. Referencias	191
11. Anexos	199

Lista de tablas y figuras**Tablas.**

- Tabla 1.** Criterios del DSM IV – TR para los Episodios Afectivos
- Tabla 2.** Criterios del DSM IV – TR para los Trastornos Afectivos.
- Tabla 3.** Criterios del CIE – 10 en relación con los criterios del DSM IV – TR para los trastornos del estado del ánimo.
- Tabla 4.** Modelos Logísticos.
- Tabla 5.** Diferencias entre TCT y la TRI.
- Tabla 6.** Distribución Muestral.
- Tabla 7.** Operacionalización de las Variables: Trastornos Afectivos.
- Tabla 8.1.** Presupuesto: Rubro personal.
- Tabla 8.2.** Presupuesto: Viáticos.
- Tabla 8.3.** Presupuesto: Rubro de materiales e insumos.
- Tabla 8.4.** Presupuesto: Rubro de adquisición de software.
- Tabla 8.5.** Presupuesto: general.
- Tabla 9.** Cronograma de investigación.
- Tabla 10.** Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 1 de la Subescala de Depresión.
- Tabla 11.** Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 2 de la Subescala de Depresión.
- Tabla 12.** Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente

3 de la Subescala de Depresión.

Tabla 13 Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente
4 de la Subescala de Depresión.

Tabla 14 Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente
5 de la Subescala de Depresión.

Tabla 15 Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente
1 de la Subescala de Manía.

Tabla 16 Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente
2 de la Subescala de Manía.

Tabla 17 Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente
3 de la Subescala de Manía.

Tabla 18 Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente
4 de la Subescala de Manía.

Tabla 19 Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente
5 de la Subescala de Manía.

Tabla 20 Análisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de
Depresión

Tabla 21 Análisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de
Manía

Tabla 22 La medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett. Subescala
de Depresión.

Tabla 23 Varianza total explicada de la Subescala de Depresión.

Tabla 24 Matriz de componentes rotados de la Subescala de Depresión.

Tabla 25	La medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett. Subescala de Manía.
Tabla 26	Varianza total explicada de la Subescala de Manía.
Tabla 27	Matriz de componentes rotados de la Subescala de Manía.
Tabla 28	Correlaciones de la Subescala de Depresión con el Inventario de Depresión de Beck.
Tabla 29	Correlaciones de la Subescala de Manía con la Escala Autoaplicada de Manía de Altman.
Tabla 30	Resumen de Análisis de Ítems: Depresión
Tabla 31	Reporte Modelo de Crédito Parcial: Depresión
Tabla 32	Tabla de Puntajes Observados y Escala LOGYT: Depresión.
Tabla 33	Escalograma de Guttman. Depresión.
Tabla 34	Mapa de Personas e Ítems: Subescala de Depresión.
Tabla 35	Resumen del Análisis de Ítems: Manía
Tabla 36	Reporte Modelo de Crédito Parcial: Manía.
Tabla 37	Tabla de Puntajes Observados y Escala LOGYT: Manía.
Tabla 38	Mapa de Personas e Ítems: Subescala de Manía
Tabla 39	Escalograma de Guttman: Manía

Figuras

- Figura 1** Ruta teórica.
- Figura 2** Componentes en espacio rotado de la Subescala de Depresión.
- Figura 3** Componentes en espacio rotado de la Subescala de Manía.
- Figura 4** Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión.
- Figura 5** Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” (Θ) del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre) ajustado al Modelo TRI: Subescala de Depresión.
- Figura 6** Comparación de las Curvas Probabilísticas asociadas a los Niveles de Intensidad (Θ) del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión.
- Figura 7** Curva característica del Ítem 1 en la Función Logística (Θ): Subescala de Depresión.
- Figura 8** Curva característica del Ítem 1 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (Θ): Subescala de Depresión.
- Figura 9** Curva Característica General de la Subescala de Depresión en Función Logística (Θ).
- Figura 10** Curva característica de la Subescala de Manía con bandas de ajuste (Infit-Outfit): Subescala de Depresión.

- Figura 11** Comparación de las Curvas de Probabilidad asociadas con la intensidad estimada en (Θ) para cada uno de los patrones generales de respuesta en la Escala (nunca – siempre): Subescala de Depresión.
- Figura 12** Función de información: Subescala de Depresión
- Figura 13** Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del ajuste de los Ítems: Subescala de Depresión
- Figura 14** Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función de la muestra de referencia: Subescala de Depresión.
- Figura 15** Histograma comparativo de las funciones de distribución (Θ) de las personas y los ítems en la Estimación de la Subescala de Depresión.
- Figura 16** Mapa de los Ítems en función del nivel de ajuste (infit-outfit) y error estándar de medida comparado por su nivel (Θ): Subescala de Depresión.
- Figura 17** Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” del Ítem 52 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Manía.
- Figura 18** Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” (Θ) del Ítem 52 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre) ajustado al Modelo TRI: Subescala de Manía.
- Figura 19** Curva característica del Ítem 52 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (Θ): Subescala de Manía.
- Figura 20** Curva característica del Ítem 52 en la Función Logística (Θ): Subescala de Manía.
- Figura 21** Curva característica del Ítem 52 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la

Función Logística (Θ): Subescala de Manía.

Figura 22 Curva Característica General de la Subescala de Manía en Función Logística (Θ).

Figura 23 . Curva Característica General de la Subescala de Manía en Función Logística (Θ) con bandas de ajuste (infit – outfit).

Figura 24 Comparación de las Curvas de Probabilidad asociadas con la intensidad estimada en (Θ) para cada uno de los patrones generales de respuesta en la Escala (nunca – siempre): Subescala de Manía.

Figura 25 Función de información. Subescala de Manía

Figura 26 Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del ajuste de los Ítems: Subescala de Manía.

Figura 27 Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función de la muestra de referencia: Subescala de Manía

Figura 28 Histograma comparativo de las funciones de distribución (Θ) de las personas y los ítems en la Estimación de la Subescala de Manía.

Figura 29 Mapa de los Ítems en función del nivel de ajuste (infit-outfit) y error estándar de medida comparados por su nivel (Θ): Subescala de Manía

Lista de Anexos

Anexo A.	Consentimiento Informado	Pág. 199
Anexo B.	Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos. Versión Original	Pág. 201
Anexo C.	Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos. Versión Beta 1.	Pág. 208
Anexo D.	Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos. Versión Beta 2.	Pág. 235
Anexo E.	Base de datos.	Pág. 263

Introducción

Los trastornos del estado de ánimo actualmente son una de las patologías de mayor importancia, dada su prevalencia. Estos podrían definirse a modo grosso como alteraciones del humor cuya principal característica es el impacto en los diversos ámbitos de la vida de un individuo (social, laboral, familiar). Además de ser de las patologías de mayor prevalencia, los trastornos del estado del ánimo se han caracterizado también por ser de las afecciones mentales de mayor permanencia histórica, muestra de ello son las documentaciones que datan de los primeros siglos. Según Abello (2011), dicha permanencia histórica, se debe a que aún cuando se han desarrollado diversos métodos para su diagnóstico y tratamiento, estos no responden a cabalidad frente a la demanda de eficacia, efectividad y objetividad que reclama el terreno de evaluación e intervención psicológica.

Según informes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos afectivos ya significan un problema importante de salud pública mundial; debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida, como a la importante discapacidad que causa. En 2002, la Depresión fue declarada como la responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad. El más reciente estudio del estado de la salud mundial, realizado por esta misma organización revela que la Depresión afecta, actualmente, a unos 120 millones de personas en todo el mundo y se prevé que este número tienda al aumento a una velocidad preocupante. Además, señalan que menos del 25% de los afectados tienen acceso a un tratamiento adecuado y a la asistencia sanitaria pertinente. Además se estima que para 2020, la Depresión será la segunda causa de discapacidad (Abello, 2011).

En lo que respecta a los Trastornos Bipolares, según un artículo realizado por el portal inglés de noticias BBC Mundo en el cual se cita una investigación publicada en *Archives of General Psychiatry* (Archivos de Psiquiatría General) y para la cual se contó con más de 61.000 personas de diversos países como México, Colombia, Brasil, Estados Unidos, China, Japón, Bulgaria, RuManía, India, Líbano y Nueva Zelanda, se encontró que hasta el 2,4% de la población global podría sufrir alguna forma de la enfermedad (Portal BBC Mundo, 2011). Kathleen Merikangas, la doctora que dirigió el estudio agrega a la alarmante cifra: "El trastorno bipolar es responsable de la pérdida de más años de vida libres de incapacidad que todas las formas de cáncer o que los principales trastornos neurológicos como la epilepsia y la enfermedad de Alzheimer". Además de presentarse en aproximadamente 150 millones de personas, y de ser la causante de mas años de vida perdidos, generalmente presenta comorbilidad con otros trastornos, como los son los trastornos de ansiedad, de los cuales el de mayor incidencia son los ataques de pánico (63%); trastornos de la conducta (45%) y enfermedades asociadas al abuso de sustancias (37%), esto de acuerdo a declaraciones de la doctora Merikangas (Portal BBC Mundo, 2011).

Frente a este apremiante panora en materia de salud mental han emergido diferentes iniciativas dirigidas a la generación y estandarización de instrumentos psicométricos que evalúen de forma objetiva la presencia, frecuencia y cronicidad de sintomatología asociada a los Trastornos Afectivos; Una de estas iniciativas a sido configurada por Abello y Cortes (2011) quienes han diseñado la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), y se encuentran llevando a cabo el proceso de estandarización de la misma. Propendiendo por realizar un aporte significativo, el presente estudio procuró el análisis de los niveles de confiabilidad, validez e indicadores psicométricos asociados de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) desde los modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al

Ítem, en una muestra de 384 estudiantes pertenecientes a tres Instituciones de Educación Superior (IES) de la ciudad Barranquilla, mujeres y hombres, con edades comprendidas entre los 17 y 26 años.

La descripción del marco teórico que dirigió los procesos asociados a esta investigación. Inició con el abordaje de los conceptos relacionados con las condiciones especiales que implican la medición del objeto de estudio de la psicología, sus elementos constitutivos, sus factores asociados y los retos de la misma. De igual manera se presentan los datos más relevantes en el marco de la evolución histórica de la medición psicológica, y consecuentemente se identifica las fortalezas y debilidades de algunos estudios que en el último siglo han procurado desarrollar instrumentos psicométricos para la medición de elementos de los Trastornos del Estado de Ánimo, ya sea Depresión, Manía y/o Bipolaridad.

Posteriormente, con miras a profundizar en los argumentos y las bases teóricas de la estructura que contempla la Escala EMTA, se ha establecido una aproximación conceptual y empírica sobre los referentes que brindan evidencia de la pertinencia y relevancia de cada uno de sus reactivos y los parámetros que dinamizan la misma, desde una postura crítica, integrando así los principales elementos teóricos que se consideraron para la construcción de la Escala, los cuales se circunscriben a dos grandes aspectos: **a)** Las teorías que procuran explicar los fenómenos de la Depresión y la Manía desde el paradigma cognitivo-conductual, que es el eje de éste estudio y de la investigación de Abello y Cortes (2011), autores de la Escala; y **b)** Los criterios del DSM IV–TR y del CIE–10 que se consideraron para el diseño de los ítems.

Subsiguientemente se analiza algunos conceptos y teorías desde el marco de la psicometría que resultan claves para el desarrollo de esta investigación, tales como: **a)** El concepto de validez, fiabilidad y confiabilidad, y **b)** Las teorías de los Test, que son: La Teoría

Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI); realizando un recorrido por su desarrollo histórico, exponiendo sus principales fundamentos, postulados y supuestos, contemplando las limitaciones de cada modelo e identificando la naturaleza del uso conjunto de estas dos teorías, ya que este punto constituye el eje central de la propuesta investigativa que este estudio realiza.

Finalmente, se han considerado los referentes legales, expuestos en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo, que enmarcan el desarrollo de esta investigación, garantizando el cumplimiento de las condiciones y especificaciones metodológicas que permiten avalar su impacto positivo en la sociedad y la comunidad científica.

Según su metodología, el presente estudio se encuentra enmarcado en el paradigma empírico-analítico, su abordaje teórico es analítico sintético, es de tipo cuantitativo, y se considera un estudio de desarrollo experimental, más específicamente un estudio Instrumental, dada su finalidad. La muestra del presente estudio se encuentra conformada por 384 estudiantes (192 hombres y 192 mujeres) de 3 instituciones de educación superior, de la ciudad de Barranquilla, cuyas edades oscilan entre los 17 y los 26 años de edad, distribuidos de la siguiente manera: 128 estudiantes de la Universidad de la Costa (64 mujeres y 64 hombres), 128 estudiantes de la Universidad Autónoma del Caribe (64 mujeres y 64 hombres) y 128 estudiantes de la Corporación Universitaria Latinoamericana (64 mujeres y 64 hombres). En el desarrollo de esta investigación se emplearon tres Pruebas Psicológicas: la Escala Multidimensional de Trastorno Afectivos (EMTA), El Inventario de Depresión de Beck (1961) y La Escala Autoaplicada de Altman (2005) (su versión adaptada al contexto hispano parlante).

Los resultados arrojados por el análisis, indican que tras la estimación de la confiabilidad de EMTA se evidenció un Índice *Alfa de Cronbach* para la Subescala de Depresión

de $\alpha: ,9421$, el cual es considerado alto y brinda evidencia de la calidad de diseño de la Subescala; mientras que para la Subescala de Manía se registró un Índice *Alfa de Cronbach* de $\alpha: ,864$, el cual de manera similar a la Subescala de Depresión, es favorable, sobre todo considerando los índices de escalas homologas a esta, en cuanto a lo que respecta a la TRI los

Con el análisis complementario de consistencia interna se corroboró que todos los ítems, tanto en la Subescala de Depresión como en la Subescala de Manía, guardan un correlación directamente proporcional con los puntajes de su respectiva Subescala; Tras la ejecución del Análisis Factorial de la Escala EMTA (validez de constructo) desde el método de Componentes Principales con un criterio de rotación, *Varimax*, se evidencio que ambas Subescalas cumplen con los criterios de ajuste de adecuación muestral de esfericidad de Bartlett con una significación del 99%, y se corroboraron las dimensiones que teóricamente se habían establecido en el marco del diseño de la Escala EMTA, con cargas factoriales de los ítems por encima de 0,3 con respecto a su correspondiente componente. En cuanto a lo que refiere a la Validez de Criterio, se llevó a cabo la correlación de las Subescalas de EMTA con dos Escalas debidamente validadas, el Inventario de Depresión de Beck ($\alpha: ,791$) y la Escala Autoaplicada de Altman ($\alpha: ,566$), y se reportó una correlación directamente proporcional, de alta magnitud y estadísticamente significativa (99%), entre los puntajes de la Escala de Depresión de Beck y la Subescala de Depresión de EMTA, con índice de Correlación de Pearson de $\sigma= ,715$; mientras que se identificó una correlación directamente proporcional pero de magnitud baja, entre la Subescala de Manía de EMTA y la Escala Autoaplicada de Altman, con un índice de *Correlación de Pearson de $\sigma: ,025$* .

En cuanto a los resultados derivados de la TRI, se identificaron los índices de confiabilidad derivados para las dos Subescalas correspondieron en el caso de Depresión a 0.88 para las personas y 0.99 para los ítems; mientras que en lo referente a Manía, los índices obtenidos fueron 0.84 para las personas y 0.87 para los ítems. Igualmente, se reportó una alta la calidad del ajuste monotónico creciente tanto para los ítems como para las dos subescalas, con el análisis de las Curvas Características de los ítems y de las figuras consolidadas de Función de Información para cada una de las dos Subescalas. Y finalmente tanto en la Subescala de Depresión como en la de Manía, se generó un aporte adicional con la calibración monotónica de los ítems, pues a partir del análisis derivado de la TRI, se identificó el orden secuencial de organización ideal de los ítems en cada una de las dos Subescalas a partir de su nivel (Θ), empleando el Escalograma de Guttman.

En síntesis tras la realización del presente estudio se logró identificar que la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), cumple satisfactoriamente con los requerimientos de calidad en relación a sus niveles de confiabilidad y validez, tanto desde la TCT como desde la TRI.

1. Definición del Problema

1.1. Planteamiento Del Problema.

En la actualidad, los instrumentos psicométricos representan una de las principales herramientas profesionales para los psicólogos, cuyo uso no se limita al diagnóstico, sino que son también empleados para la realización de estudios investigativos de distintos tipos en los cuales se pretende explicar un determinado fenómeno, con el respaldo de mediciones objetivas de la población, por tanto la validación de los mismos se constituye como una tarea inherente al proceso que asegura que los resultados de dichos estudios sean confiables.

El análisis de los parámetros psicométricos de una determinada Escala, cuestionario o test nos permite definir si éste mide realmente lo que pretende medir, si su contenido se encuentra enmarcado en los modelos teóricos que abordan la variable medida y que tanto se ajusta, dicha herramienta, a las características socio-culturales de la población de referencia que se tuvo en cuenta para el diseño del instrumento y la población que se piensa evaluar por medio de la aplicación del mismo, una vez sea reconocido como una herramienta psicométrica confiable. Así, por medio de la validación se procura establecer si el instrumento funciona para aquello para lo que fue creado con una eficiencia significativa, garantizando así que el aporte que se realiza a la comunidad científica, a través del diseño del instrumento, logre un impacto importante en el bienestar sociedad.

Es importante resaltar además, que la validación no es un proceso que se restringe únicamente al diseño de este tipo de herramientas psicométricas, para cubrir ciertas necesidades de los estudios, en muchas ocasiones, los profesionales recurren a la estandarización de algunos instrumentos creados anteriormente con el fin de que puedan ser empleados en una población

especifica, especialmente en Latinoamérica cuya producción en este campo apenas esta comenzando; Tanto el diseño como la estandarización buscan producir una garantía en común: que los resultados arrojados por estos nuevos instrumentos psicométricos sean altamente confiables. Esta realidad es revelada por las mas de 2.752 publicaciones que aproximadamente distingue la base de datos PsycINFO, en la búsqueda con palabras claves como: Test Translation, Test Adaption o Test Construction, en el período comprendido entre el año 2001-2004 (Carretero-Dios y Perez, 2005). En otro estudio realizado por Bucla-Casal, Carretero-Dios y De los Santos-Roig (2002) se analizó la proporción de trabajos publicados en revistas de países de habla hispana con factor de impacto, se constató que el 22% de los artículos publicados en la Revista Psicothema, el 13% de la Revista Latinoamericana de Psicología, y el 25% de la Revista Mexicana de Psicología, respondían al objetivo de analizar psicométricamente un determinado instrumento (Carretero-Dios y Perez, 2005).

Lo anterior denota claramente la creciente importancia que ha tomado el desarrollo de estudios instrumentales. Un incremento apenas necesario tras el reconocimiento de un variedad significativa de usos de los instrumentos psicométricos para el estudio de muchos de los fenómenos que constituyen el objeto de estudio de la psicología, y que generalmente tiene una naturaleza abstracta y compleja, pero no imposible medir (Ansiedad, Depresión, Estrés, etc.), y para lo cual se necesitan ciertas garantías, que solo son alcanzables gracias a la práctica de investigaciones de este tipo.

1.2. Formulación del problema.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, y tras reconocer que los instrumentos psicométricos representan actualmente una de las principales herramientas para el ejercicio de

ciencias como la psicología, en especial para el diagnostico de estados mórbidos como Trastornos del Estado de ánimo, Trastorno de la Personalidad, Trastorno de Ansiedad, entre otros. Es menester mencionar que la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), es una de las iniciativas que desde la académica Colombiana, más específicamente de la facultad de psicología de la Universidad de la Costa (CUC), busca cubrir las falencias de la labor psicológica en el abordaje de trastornos tan complejos como los del estado del ánimo con una instrumento objetivo y funcional; Sin embargo, para poder llevar a cabo adecuadamente su función es necesario que cumpla con ciertos criterios y estándares psicométricos que permitan hacer de esta Escala una herramienta de diagnostico efectiva, que arroje resultados confiables, objetivos y sobre todo validos; La corroboración de dichos criterios se lleva a cabo a travez de analisis estadístico, psicométricos orientados por un determindo modelo teorico en lo que respecta a la construcción de los test, dentro de los cuales encontramos como abanderado la Teorica Clasica de los Test (TCT). Sin embargo, a medida que se reconoce el objeto de estudio de la psicología como un elemento cada vez más complejo, que se aumentan la importancia de validar los instrumentos con los que se trabaja en la ciencia de la conducta humana, y que se procura por seguir avanzando en la construcción y validación de instrumentos psicométricos funcionales, los profesionales se han visto en la necesidad de reconocer ciertas limitaciones de la TCT que han dado paso a la generación de otros modelos de teorías de los test; Ahora bien, vale la pena resaltar que la TCT sigue siendo el modelo abanderado para el desarrollo de test psicométricos y lo que se contempla, es integrar otros modelos con la TCT para que todos los factores y todas las dimensiones del objeto de medición se aborden en su totalidad, de la manera más adecuada (Muñiz, 2010). La integración de modelos como los que se cobijan en la denominación de la TRI han cobrado una vital importancia en el trabajo psicométrico global ya que permiten, tal como es

la necesidad ya mencionada, superar las principales limitaciones de la TCT, entre las cuales encontramos que: **a)** Los índices estadísticos empleados por la TCT no se mantienen constantes cuando se aplican a poblaciones que difieren en habilidad respecto de la población empleada para obtener las normas del test. Por lo tanto, el éxito de las técnicas clásicas de selección de reactivos depende de qué tan parecida es la población con la cual se obtuvieron los índices respecto de la población a la que se pretenden aplicar (Lord, 1980); **b)** En la Teoría Clásica de los Tests, la contribución de un ítem a la confiabilidad de la prueba no depende solamente de las características del reactivo, sino que también depende de la relación que hay entre el reactivo en cuestión y los otros reactivos del test. Por lo tanto, no es posible aislar la contribución de un ítem a la confiabilidad de la prueba y por lo consiguiente, tampoco su participación al error estándar de la medida (Hambleton, Swaminathan, & Rogers, 1991); y **c)** En la TCT se presenta en las deducciones absolutistas que se generan con elementos como coeficiente de fiabilidad de un test en el marco clásico, como el coeficiente *Alfa de Cronbach* (1951), pues con él se está presuponiendo que ese test mide con una fiabilidad determinada a todas las personas evaluadas con el test, y es mucha la evidencia empírica de que los tests no miden con la misma precisión a todas las personas, dependiendo la precisión en gran medida del nivel de la persona en la variable medida (Muñiz, 2010).

En este orden de ideas, nuevas actualizaciones teóricas han dado como resultado propuestas como es el caso de la ya mencionada Teoría de Respuesta al Ítem, que propenden por superar las falencias que de la Teoría Clásica de los Test, por medio del análisis de los reactivos de los instrumentos psicométricos, en lugar del análisis totalitario del instrumento. Entre los aportes de la TRI que complementan a la TCT, se encuentra: **a)** El análisis individual de los reactivos (quizá uno de las contribuciones más valiosas de esta teoría); por medio del cual es

posible verificar como el error de medida varía en los diferentes niveles del rasgo, pudiéndose determinar donde se mide con mayor o menor precisión, ello por medio de las *Funciones de Información* que además permite evaluar la contribución individual de los ítems. (Pérez, s.f.); **b)** La invarianza de parámetros de los ítems, que se define como una propiedad que permite disponer de instrumentos de medida, cuya medición no dependa de las características de la muestra utilizada (Perez, s.f); Se añade también, **c)** un mayor rigor científico, que según Pérez (s.f.): “*procede de la posibilidad de contrastar empíricamente los supuestos en los que se sustenta, y también del nivel de medida alcanzado que permite construir escalas de intervalo*”; y Finalmente, **d)** La flexibilidad que otorga los métodos versátiles de la TRI (Perez, s.f.). Esto, sin contar otros productos destacables que la TRI otorga la práctica, como la elaboración de bancos de ítems, la construcción de tests con propiedades conocidas, entre otros.

Es así como tomando en consideración todos estos elementos, y reconociendo la importancia de aportar significativamente al proceso de estandarización de la Escala EMTA, la presente investigación se propone analizar ¿Cuál es el comportamiento diferencial de los indicadores psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) desde los modelos de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) en una muestra de universitarios de la ciudad de Barranquilla?

En este orden de ideas se ha considerado la validación y estandarización de la EMTA para su aplicación asertiva en una población con edades entre los 18 y los 25, de tres instituciones de educación superior de la ciudad de Barranquilla.

2. Justificación

Los trastornos del estado del ánimo actualmente se erigen como una de las principales patologías mentales, y así mismo, como una de las principales causas de incapacidad.

El caso de la Depresión podría considerarse el más alarmante en cuanto a estadísticas, dentro de todos los que componen el grupo de los Trastornos del Ánimo. Según el más reciente estudio del estado de la salud mundial, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Depresión afecta actualmente a unos 350.000.000 (Trescientos cincuenta millones) de personas en todo el mundo (OMS, 2012). Existen otras cifras aportadas por la misma institución que refieren más a la preocupación existente por dicho trastorno, entre ellas se destaca el hecho de que para el 2020 se estima que esta sea la enfermedad mental de mayor prevalencia y que se erija como la segunda causa de discapacidad (OMS, 2007), sin embargo, dicha afirmación fue revocada con el estudio más actualizado proveniente de la misma entidad, en la que se considera que al año 2012 es la primera causa de discapacidad mundial, aumento vertiginoso, alarmante y acelerado que tiene hoy por hoy alarmadas a los entes de la salud mundial (OMS, 2012). Abello (2011), menciona otros datos aportados así mismo, por la OMS, que responden a algunas características de la prevalencia de este tipo de enfermedades mentales, entre los cuales se resaltan los de siguientes:

- ❖ El trastorno depresivo es el más frecuente en el mundo occidental con una prevalencia de vida de 10% a 25%, en especial en las mujeres y en el grupo de edad de 25 a 44 años.
- ❖ Se estima que del 20% al 25% de los problemas psiquiátricos corresponden a alguna forma de trastorno depresivo.

❖ En el mundo, entre un cuarto y un tercio del total de consultas de nivel primario tienen como causa los trastornos depresivos y de ansiedad.

En el caso particular de Colombia, se tiene, según el Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas (Santacruz, Gómez, Posada y Viracachá, 1995), que fue realizado a 25.135 personas en Colombia, que la prevalencia de la Depresión en la población en general es de 25.1% y en particular en la ciudad de Bogotá es de 19.7%. Este estudio sugiere que en Colombia, el 10.3% del grupo de hombres tiene Depresión leve, un 3.4% moderada y 0.6% Depresión severa, estas cifras son menores a lo observado en el grupo de las mujeres, donde 14,7% presenta Depresión leve, el 5.3% Depresión moderada y el 1.3% Depresión severa. Dicho estudio además arrojó que los jóvenes colombianos entre los 16 y 21 años muestran los más altos índices de Depresión en comparación con otros rangos de edad, exceptuando la Depresión severa en los hombres en el rango de 28 a 33 años (Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D., 2004).

Un aspecto inherente a la Depresión son los intentos y consumación de suicidios, que ya son considerados un problema de salud pública. Abello (2011), menciona que el suicidio se encuentra habitualmente entre las diez primeras causas de muerte en las sociedades que proveen información al respecto a la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En la población joven, según informes de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se encuentra entre las tres primeras causas de muerte. Las estadísticas oficiales subestiman las tasas reales de suicidio hasta en un 200%. En Colombia, según datos de la Secretaría de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte de los jóvenes de 14 a 26 años, se debió a lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) con un 7.0% del total de muertes, después de las agresiones violentas y los accidentes de tránsito (Departamento Administrativo de Acción Comunal, 2003).

En lo que respecta a los Trastornos Bipolares, según un artículo realizado por el portal inglés de noticias BBC Mundo en el cual se cita una investigación publicada en Archives of General Psychiatry (Archivos de Psiquiatría General) y para la cual se contó con más de 61.000 personas de diversos países como México, Colombia, Brasil, Estados Unidos, China, Japón, Bulgaria, Rumanía, India, Líbano y Nueva Zelanda, se encontró que hasta el 2,4% de la población global podría sufrir alguna forma de la enfermedad (Portal BBC Mundo, 2011). Kathleen Merikangas, la doctora que dirigió es estudio agrega a la alarmante cifra: "El trastorno bipolar es responsable de la pérdida de más años de vida libres de incapacidad que todas las formas de cáncer o que los principales trastornos neurológicos como la epilepsia y la enfermedad de Alzheimer". Además de presentarse en aproximadamente 150 millones de personas, y de ser la causante de mas años de vida perdidos, generalmente presenta comorbilidad con otros trastornos, como los son los trastornos de ansiedad, de los cuales el de mayor incidencia son los ataques de pánico (63%); trastornos de la conducta (45%) y enfermedades asociadas al abuso de sustancias (37%), esto de acuerdo a declaraciones de la doctora Merikangas (Portal BBC Mundo, 2011).

A estos alarmantes informes se suman otras problemáticas como las expresadas en el XI Seminario Lundbeck 'Trastorno Bipolar: El desgobierno de la mente, llevado a cabo en Ibiza (España), en el cual se menciona que alrededor del 49% de las personas que sufren un trastorno bipolar no está diagnosticado, y el 31% de los que conocen esta enfermedad han recibido un tratamiento equivocado de Depresión mayor (Diario El Tiempo, Junio 5 de 2012), agregan que aunque estas cifras corresponden a la población española, pueden ser extrapoladas a otras latitudes. Otro de los datos importantes tratados en dicho seminario, refieren al suicidio, a la muerte prematura por comorbilidad con enfermedades médicas, y a los años de vida perdidos. Respecto al suicidio, el Dr. Manuel Sánchez de Carmona Luna y Parra, Presidente del Capítulo

Mexicano de la Sociedad Internacional del Trastorno Bipolar, asegura que 1 de cada 4 personas que padecen trastornos bipolar, se suicidan, y que solo el 40% recibe un tratamiento adecuado. Continuando con lo aportado por el XI Seminario Lundbeck 'Trastorno Bipolar: El desgobierno de la mente', respecto a las enfermedades médicas asociadas al trastorno bipolar: “Las enfermedades que con más frecuencia se presentan en el paciente con trastorno bipolar son la obesidad mórbida, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, entre otras. Además, los problemas de abuso de sustancias, incluido el alcohol, son mucho más frecuentes en el paciente con trastorno bipolar que en la población general, y esto también conlleva un alto riesgo de mortalidad”, explicó uno de los especialistas encargados (Diario El Tiempo, Junio 5 de 2012).

Hasta este punto es claro, porque es necesario crear alternativas de solución y contribución frente a la problemática de los trastornos afectivos, sin embargo, se hace necesario de alguna forma tratar sobre el estado actual de ladiseño y/o validación de instrumentos psicométricos que evalúen adecuadamente los diferentes trastornos, particularmente en Colombia.

A nivel mundial esta realidad es revelada por las mas de 2.752 publicaciones que aproximadamente distingue la base de datos *PsycINFO*, en la búsqueda con palabras claves como: *Test Translation*, *Test Adaption* o *Test Construction*, en el período comprendido entre el año 2001-2004 (Carretero-Dios y Perez, 2005), lo que podría situar la importancia de la psicometría en el desarrollo científico, así como los grandes aportes que realiza. Sin embargo, en el caso colombiano no existen cifras oficiales, las únicas aproximaciones en cuanto a este tema son más bien aportadas por los diferentes estudios que se encuentran en bases de datos como *Redalyc* o *Scielo*, y que permiten ver que trabajos de este tipo están mayormente dirigidos a la validación, estandarización o traducción de instrumentos mayormente creados en otros países,

cuya lengua materna es generalmente el Inglés. Se destaca especialmente de los instrumentos desarrollados en nuestro país para la valoración de la Manía, la investigación denominada “Desarrollo y validación de una Escala para medir síntomas Maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN)”, llevada a cabo por Ricardo Sánchez, Luis Jaramillo y Carlos Gómez-Restrepo (2008). El panorama de nuestro país, es preocupante, en tanto que es bien conocido que en muchas ocasiones los instrumentos desarrollados en otro país, no se ajustan a las características de nuestro contexto.

Por todas las razones y nuevamente de acuerdo a la alta prevalencia que existe en nuestro país sobre los trastornos afectivos, se desarrolla la **ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE TRASTORNOS AFECTIVOS (EMTA)**. Sin embargo, crear un instrumento es solo uno de los pasos a seguir para contribuir eficazmente al diagnóstico y posterior tratamiento de una determinada problemática. Es necesario también que dicho instrumento responda a cabalidad frente a la demanda de eficacia, efectividad y objetividad que reclama el terreno de evaluación e intervención psicológica (Abello, 2011).

Con la finalidad de cumplir con dichos estándares, la presente investigación tiene como propósito realizar un aporte significativo en la verificación de la validez de la Escala EMTA, con los debidos procesos de comparación y análisis, a la luz de las teorías que sustenten y puedan dar un visto bueno de su estado para la aplicación con garantías. Por ello y teniendo en cuenta el aporte tan importante que realizan los instrumentos psicométricos a la labor de diagnóstico de los profesionales de la psicología, se debe reconocer la importancia de centrar los esfuerzos en la validación de pruebas psicométricas que apunten a la detección de este tipo de enfermedades mentales, especialmente en los países latinoamericanos y en poblaciones cuyas edades comprendan el inicio del adulto inicial pues como se expuso anteriormente ésta constituye una

etapa en la que se registra mayor número de personas que padecen trastornos afectivos y una mayor falencia diagnóstica, pues los instrumentos psicométricos de apoyo se hacen insuficientes, ya que las herramientas psicométricas actuales si bien hacen un aporte significativo al espacio operativo, de los profesionales de la salud mental, se hacen débiles para la complejidad que ha tomado el diagnóstico de los trastornos afectivos en estas edades; apuntando así con esta labor a generar un aporte importante al bienestar de los individuos, que debe ser el fin último de todo avance científico. Para llegar a esta instancia se pretende analizar la Escala EMTA desde las diferentes consideraciones asociadas del Modelo de la Teoría Clásica de Test y el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem, que son bases más sólidas con la que actualmente contamos para confirmación del estado de los instrumentos psicométricos, su validez y confiabilidad

Se espera que empleando estos modelos se revele con precisión la estructura acertada de cada ítem de la prueba y su confiabilidad, teniendo en cuenta la pertinencia de su vocabulario y lógica entre las interrogaciones de la misma y la teoría base utilizada para su construcción; así mismo se indagará frente a la validez de la prueba para con los sujetos de estudio, se considerará si los ítems y las preguntas son acertadas para la confirmación de los Trastornos Afectivos y si no se pierde el tema central que es su existencia y grado.

Se espera entonces que a través de este trabajo investigativo que se logre detectar las fortalezas y falencias de la Escala EMTA, detectadas desde las divergencias y convergencias de los análisis realizados a la luz de los modelos de la teoría clásica de los test y la Teoría de Respuesta al Ítem y se garantice un veredicto apropiado que permita las correcciones pertinentes al instrumento y mejoras efectivas a su funcionalidad.

Parte de los deberes inamovibles de todo profesional de la psicología es garantizar un ejercicio efectivo y eficaz de su labor. Intervenir en un paciente de la mejor manera debe apuntar a disminuir su malestar y propiciar en el un bienestar general. Pero para poder establecer una intervención efectiva se requiere de una evaluación precisa del estado del paciente ya que todo estado mórbido tiene una evolución particular en cada individuo debido a la participación en la ecuación de múltiples factores (genéticos, ontogénicos, sociales, culturales, económico, entre otros); incluso esta evaluación del paciente debe ser permanente y realizarse no solo al inicio del proceso, sino que se debe garantizar su ejecución durante y al finalizar la intervención. Una de las herramientas más utilizadas para llevar a cabo este proceso de evaluación son los instrumentos psicométricos, y asegurar que su construcción y constitución cumplan con ciertos criterios, que permitan generar confianza en los datos obtenidos a través de ello, permite realizar adecuadamente la evaluación y elaborar con precisión la intervención particular para cada paciente. Aportar entonces a la validación de un instrumento psicométrico, es contribuir a diagnósticos precisos y a la mejora continua de los procesos de intervención, y en si mismo a la construcción de proceso de bienestar social para los pacientes, sus familias y la sociedad en general.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general.

Analizar los indicadores psicométricos reportados por la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) desde los modelos de la Teoría Clásica de los Testy la Teoría de Respuesta al Ítem, en una muestra de 384 estudiantes de 3 Instituciones de Educación Superior (IES) de la ciudad Barranquilla, con edades comprendidas entre los 17 y 26 años.

3.2. Objetivos específicos:

- ❖ Estimar los indicadores psicométricos asociados con el análisis de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) desde el Modelo de la Teoría Clásica de los Test y sus correspondientes Escalas de calificación e interpretación de resultados.
- ❖ Estimar los indicadores psicométricos asociados con el análisis de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) desde el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem y sus correspondientes Escalas de calificación e interpretación de resultados.
- ❖ Comparar los indicadores psicométricos asociados con el análisis de Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos obtenidos a la luz de los modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem.
- ❖ Analizar los niveles de validez de criterio concurrente a partir de la correlación entre la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos y los puntajes derivados del Inventario de Depresión de Beck (1961) y la Escala Autoaplicada de Altman (2005) en su versión adaptada al contexto hispano parlante, para grupos específicos de ítems.

4. Marco teórico.

En este apartado se procura exponer las consideraciones teóricas que se contemplaron para el diseño de la presente investigación y que se concretan en la figura 1. Inicialmente se presenta un relato concreto de las condiciones especiales que implican la medición del objeto de estudio de la psicología, sus elementos constitutivos, sus factores asociados y los retos de la misma. De igual manera se presentan los datos más relevantes en el marco de la evolución histórica de la medición psicológica, y consecuentemente se identifica las fortalezas y debilidades de algunos estudios que en el último siglo han procurado desarrollar instrumentos psicométricos para la medición de elementos de los Trastornos del Estado de Ánimo, ya sea Depresión, Maníay/o Bipolaridad.

Posteriormente, con miras a profundizar en los argumentos y las bases teóricas de la estructura que contempla la Escala EMTA, se ha establecido una aproximación conceptual y empírica sobre los referentes que brindan evidencia de la pertinencia y relevancia de cada uno de sus reactivos y los parámetros que dinamizan la misma, desde una postura crítica, integrando así los principales elementos teóricos que se consideraron para la construcción de la Escala, los cuales se circunscriben a dos grandes aspectos: **a)** Las teorías que procuran explicar los fenómenos de la Depresión y la Manía desde el paradigma cognitivo-conductual, que es el eje de éste estudio y de la investigación de Abello y Cortes (2011), autores de la Escala; y **b)** Los criterios del DSM IV–TR y del CIE–10 que se consideraron para el diseño de los ítems.

Subsiguientemente se analiza algunos conceptos y teorías desde el marco de la psicometría que resultan claves para el desarrollo de esta investigación, tales como: **a)** El

concepto de validez, fiabilidad y confiabilidad, y **b)** Las teorías de los Test, que son: La Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI); realizando un recorrido por su desarrollo histórico, exponiendo sus principales fundamentos, postulados y supuestos, contemplando las limitaciones de cada modelo e identificando la naturaleza del uso conjunto de estas dos teorías, ya que este punto constituye el eje central de la propuesta investigativa que este estudio realiza.

Finalmente, se han considerado los referentes legales, expuestos en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo, que enmarcan el desarrollo de esta investigación, garantizando el cumplimiento de las condiciones y especificaciones metodológicas que permiten avalar su impacto positivo en la sociedad y la comunidad científica.

A continuación se presenta la figura 1, donde se ilustra las consideraciones teóricas del presente estudio, que han sido brevemente reseñadas anteriormente, y la manera como estas se articulan entre si.



Figura 1. *Ruta teórica de la investigación.*

La medición es una actividad inmersa en cualquier proceso de evaluación e inherente a cualquier ciencia, y la psicología no es una excepción a este a postulado. Sin embargo, la naturaleza del objeto de estudio de la psicología hace que dicho proceso de medición tome unos matices bastante particulares. Un gran obstáculo para la medición de cualquier variable psicológica radica en la naturaleza no fáctica de la mente humana, pues al no ser esta directamente observable los profesionales de la psicología se han visto en la tarea de diseñar, durante años, modelos que permitan un abordaje optimo del objeto de estudio, poder conocer su

contenido y así contar con la posibilidad de modificarlo; buscando siempre contribuir el bienestar del individuo y, en ultimas, de la sociedad.

Para ilustrar el planteamiento anterior, podríamos considerar por ejemplo que el Psicoanálisis habla de lo inconsciente/lo consciente, como algunos de los elementos que dan cuenta del contenido de la mente; por otro lado, el Conductismo identifica el comportamiento humano como único indicador fiable de lo psicológico; y por su parte, el Modelo Cognitivo-Conductual reconoce la cognición como un elemento que se aproxima en gran medida a un contacto real, registrador y cuantificador de lo psicológico. En consecuencia, ninguno de estos modelos resulta ni el único ni mas certero que lo otro, ellos solamente constituyen algunas de las vías que se han diseñado para abordar la compleja existencia de la mente humana.

Ahora bien, una vez se logra determinar la arista desde la cual se ha de abordar cualquier elemento o variable psicológica los profesionales de esta ciencia se encuentra con otra condición adversa para la medición de la misma por su compleja naturaleza, pues lo psicológico constituye el resultado de un buen numero de factores que se dinamizan en una zona de interacción entre lo biológico, lo socio-cultural, lo físico y lo ambiental. Seria erróneo e inapropiado asumir alguno de estos elementos como el constituyente definitivo o la causal única de lo psicológico, ninguna variable psicológica se logra explicar ni agotar en ninguno de estos ángulos, por lo que el estudio de la misma también debe considerar todos estos elementos y constituir una medición funcional frente a todos ellos (Muñiz, 1998).

A pesar de todo esto, los psicólogos no renuncian a la medición de las variables psicológicas y han desarrollado a través del tiempo sofisticados instrumentos a tal efecto en los diferentes campos de acción de esta ciencia. En todos los casos se ha hecho cada vez más

prioritaria la necesidad de calcular los errores de medición, comprobar que estas mediciones sean fiables, confiables, válidas y a su vez, garantizar que las construcciones teóricas que enmarcan el proceso de la medición sean las mas adecuadas y que realmente permitan analizar y justificar de forma rigurosa el estatus métrico de cualquier medición (Muñiz, 1995).

Para tener una visión más amplia del desarrollo de las distintas herramientas de medición y los avances que se han realizado en materia teórica y práctica al respecto expondremos a continuación un recorrido concreto de los elementos más sobresalientes del panorama histórico de la medición en la Psicología.

Muñiz (1998) identifica dos grandes dimensiones en el desarrollo de la medición de lo psicológico: La medición a través del Escalamiento de estímulos (psicofísica y actitud) y la medición a través del Escalamiento de sujetos (Instrumentos psicométricos, Tests).

En cuanto al Escalamiento de estímulos, los primeros intentos de medir con rigor atributos psíquicos se remontan a los trabajos de Fechner (1866), quien realizó importantes estudios sobre las relaciones entre la estimulación fisiológica y las sensaciones psicológicas producidas por esta. Sin embargo, este autor se encontró con limitaciones de método para medir con rigurosidad las sensaciones, por lo cual desarrollo los llamados *métodos psicofísicos indirectos* los cuales identificaron en la relación entre los estímulos físicos y las sensaciones una función logarítmica que determinaba la magnitud y la naturaleza de esta relación (Muñiz, 1991). Posteriormente este postulado fue replanteado por la nueva psicofísica, con los llamados *métodos directos* que han desarrollado nuevas herramientas psicofísicas las cuales tienen como propósito respaldar su postulado central que defiende que la relación que une la estimulación física y lo psicológico, se expresa realmente en el orden de una función ponencial (Muñiz, 1998).

En nuestros días los métodos psicofísicos se encuentran aún en vigencia y constituyen un apoyo sustancial en el estudio de todo cuanto se relaciona a las percepciones humanas y el impacto que tienen en ella los estímulos del ambiente, entre otros elementos que aborda muy pertinentemente.

En lo referente a la evolución de la medición a través del Escalamiento de sujetos se debe anotar en primera instancia que el término “*Test*” se le debe a Cattell McKeen (1860-1944) que en 1890 fue el primero en darle el nombre de test a aquellos instrumentos que tenían como finalidad la medición de uno u otro atributo humano y al cual se le atribuye el título de fundador del test diagnóstico tras su artículo “*Mental tests and measurements*”. En este sentido, Cattell (1980) se interesó por las diferencias individuales, creó pruebas de medición para las velocidades de reacción, la fuerza muscular, sensibilidad para el tacto y el dolor, extensión de memoria inmediata, entre otros.

Sin embargo, solo podemos identificar los estudios pioneros en el diseño de los Tests Mentales, propiamente dicho, en las primeras pruebas sensomotoras elaboradas por Galton (1822-1911) en el Laboratorio Antropométrico de Kensington (Muñiz, 1998). En particular Galton fue uno de los psicólogos experimentales que defendían los test, quiso medir casi cualquier cosa, de hecho sus intentos por calcular el intelecto a través del tiempo de reacción y de tareas de discriminación sensorial son muy conocidos; este autor creía que la capacidad mental podía ser puesta de manifiesto a través del rendimiento de la agudeza sensorial y de la velocidad de reacción. En sus aportes construyó diferentes pruebas para medir las capacidades individuales y medios para comparar las calificaciones, de allí la noción de correlación. Adicionalmente, aplicó cuestionarios, Escalas, y técnicas de asociación libre, con el estricto seguimiento de los procedimientos propios de la estadística para su estandarización (Bello y Estevez, 2002).

Un giro radical en el desarrollo de la psicometría se le atribuye a Binet & Simon (1903) con su Escala para medir la inteligencia y de capacidades para la selección de niños para las escuelas especiales, trabajos que lejos de ser los primeros intentos para medir estas variables, constituyeron las propuestas mas solida hasta el momento, al introducir tareas de carácter mas cognoscitivo dirigidas a evaluar aspectos como la comprensión y el razonamiento, que según los autores constituían los componentes fundamentales del comportamiento inteligente (Muñiz, 1998).

La primera guerra mundial abrió las puertas para el diseño de los test de grupo o colectivos, estas pruebas escritas le permitieron a un solo examinador administrar a varios individuos simultáneamente un mismo test, característica que en esa época se difundió con una importante facilidad que favoreció el desarrollo de la noción de estandarización y validación. Sin embargo no fue sino hasta la segunda guerra mundial que se dio lo que Muñiz (1998) ha denominado “la verdadera eclosión de los test”, cuando Los Estados Unidos decide entrar a la guerra y careciendo de un ejercito, recurre a las pruebas Alfa y Beta diseñadas para la selección y clasificación de los soldados, por un comité dirigidos por el psicólogo Yerkes (1917). Al ganar la guerra, estas pruebas tomaron una importante fuerza en otros espacios pues muchas industrias e instituciones se volcaron a su uso, especialmente para la selección de personal, la orientación profesional y el apoyo educativo (Muñiz, 1998).

Muchas han sido las herramientas psicométricas que desde entonces se han diseñado para medir variables psicológicas como la inteligencia, memoria, orientación, estilos de afrontamiento, entre otras. Con el tiempo el uso de los test se ha extendido la evaluación especifica de ciertas patologías y/o síntomas relacionadas con las mismas por lo que se fueron

diseñando Escalas relacionadas con la personalidad, los trastornos de ansiedad, los trastornos psicóticos, trastornos del estado de animo, entre otros.

En especial para el presente estudio se hace de vital importancia estudiar un poco las características de aquellas iniciativas que han procurado el diseño de Escalas o test relacionadas con los trastornos del estado el ánimo; sintomatología depresiva y/o Maníaca. A continuación desarrollamos un breve recorrido histórico y operativo por aquellos estudios que han diseñado distintas herramientas psicométricas para este efecto, exponiendo las características básicas de 15 Escalas (6 Escalas para la evaluación de la Depresión y 9 Escalas para la evaluación de la Manía), otorgándole un énfasis especial a los aportes valiosos y a las limitaciones que cada Escala supone.

El desarrollo de los primeros instrumentos psicométricos cuyo objetivo era la evaluación de elementos involucrados en los estados anímicos coincidió con el nacimiento de la psicofarmacología, y su finalidad era poder evaluar los resultados terapéuticos de los primeros medicamentos antidepresivos (Calderón & Narváez, 1995). Dentro de estudios que marcaron el siguiente paso de la psicometría en el terreno de las afecciones anímicas podemos resaltar los trabajos realizados por Beck (1961), Zung (1965), Hamilton (1960), Yesavage (1982), Young (1978), Altman (2005) y otros autores contemporáneos, quienes han centrado sus esfuerzos en la elaboración de instrumentos de fácil manejo, visión objetiva y resultados confiables, algunos de cuales son descritos a continuación (Abello, 2011):

❖ ***Escala de Valoración Psiquiátrica de Depresión de Hamilton.***

Esta Escala, elaborada en 1960, consta de 21 ítems que evalúan el estado de ánimo, el sentimiento de culpabilidad, la inhibición, la presencia de ideas suicidas y los cambios

comportamentales, así como la ansiedad, el insomnio y los trastornos psicósomáticos asociados. Así mismo esta Escala también evalúa los rasgos neuróticos ajenos a la propia Depresión; y da un último apartado abierto, para especificar otros síntomas no enumerados. Finalmente la sumatoria de los ítems acertados muestra la ausencia del trastorno o indica Depresión de moderada a severa o en su defecto sugieren Depresiones menores o Distímia (Duch, Ruiz de Porras, Ruiz de Porras, Allué y Palou, 1999)

❖ *Beck Depresión Inventory (BDI)*

Es una Escala de autoevaluación, que tiene como objetivo valorar la gravedad de los síntomas clínicos propios de la Depresión y la presencia de pensamientos irracionales. Es la Escala con el mayor porcentaje de síntomas cognitivos, denotando además la ausencia de síntomas motores o de ansiedad. La versión original de 1961, consta de 21 ítems los cuales deben ser descritos por el paciente. Dichos reactivos comprenden: ánimo depresivo, pesimismo, sensación de fracaso, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el desarrollo de actividades cotidianas y laborales. Se realizan posteriormente dos revisiones la Primera en 1979 y la Segunda en 1996. En la segunda revisión se remplazan los ítem referidos a cambios físicos y dificultades al laborar por agitación, dificultad para concentrarse, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. La versión en castellano solo fue avalada hasta 1975 (Grupo de trabajo sobre el manejo de la Depresión mayor en el adulto, 2006)

❖ *Escala Autoaplicada de Depresión de Zung*

Este instrumento fue diseñado en 1965. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 20 preguntas, que buscan indicar la existencia de un estado depresivo y la magnitud del mismo, a

las que se responde según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes, de 1 a 4 en los negativos (depresivos) o inversamente, de 4 a 1 en los positivos (de ánimo conservado). Valores inferiores a 28 se consideran normales mientras que los superiores indican Depresión: leve de 28 a 41, moderada de 42 a 53 y grave por encima de este (Duch, *et al*, 1999).

Su mayor componente es el somático-conductual, fue una de las primeras en validarse en Colombia y se considera en cierto modo un derivado de la Escala de Hamilton (Duch, *et al*, 1999).

❖ *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)*

Esta Escala elaborada en 1972 se trata de una prueba de detección que nos orienta no solo al diagnóstico hacia la ansiedad y la Depresión, sino que nos discrimina entre ellos y nos dimensiona sus respectivas intensidades. Ésta prueba le pide al paciente una reflexión sobre las dos últimas semanas, y si ha presentado alguno de los síntomas descritos en el instrumento, cuatro para la sub-Escala de ansiedad y cuatro para la sub-Escala de Depresión; al acertar dos de los síntomas de un mismo subgrupo, se redirecciona a otro grupo de pregunta ahora mas específicas y referentes a la ansiedad en particular o a la Depresión. (Bobes, Portilla, Bascarán, Saiz, y Bousoño, 2004)

Aun cuando las preguntas son muy claras las respuestas admiten dicotomía de forma que a veces el enfermo duda por coincidencias de leve intensidad, y es únicamente el juicio subjetivo del profesional el que puede valorar la significación de la respuesta (Bobes, *et al*, 2004).

❖ *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:*

Esta prueba suele usarse en el screening general del enfermo geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por Depresión. Bien aplicada tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%. Cuenta con 39 ítems en su versión completa y con 15 en su versión abreviada. Es un interrogatorio de respuestas dicotómicas puntuando la coincidencia con el estado depresivo. Los resultados se condensan en tres dominios de contenido: valores normales, Depresión establecida y Depresión leve, en su versión abreviada (Duch, *et al*, 1999).

❖ *Escala de Depresión Escolar para Maestros (ESDM 3-6):*

Esta Escala diseñada por Domènech-Llaberia, Araneda, Xifró y Dolors en el año 2003 es una Escala creada para detectar síntomas de Depresión en estudiantes pre-escolares a través de la información otorgada por los educadores. Su principal objetivo es la detección temprana de síntomas depresivos, de forma que estos funcionen como una señal de alarma que permita una rápida intervención que evite la cronificación de dicho trastorno. Para su creación se partió de la Escala ESDM, se hicieron modificaciones de acuerdo con la experiencia en pre-escolares depresivos (debido a la diversidad sintomatológica relacionada con la edad) (Domènech-Llaberia *et al*, 2003).

La Escala ESDM 3-6 presenta 19 ítems de preguntas cerradas sobre la patología depresiva, para las cuales se proponen 3 opciones de respuesta: casi nunca, a veces o casi siempre. Cada opción de respuesta posee un valor; “a veces” poseerá siempre un valor de 2, mientras que “casi nunca” y “casi siempre” tendrá un valor entre 1 y 3 dependiendo del orden inverso o directo de la pregunta. Finalmente para la valoración diagnóstica, se suman todos los

valores, generando una puntuación entre 19 y 54, siendo la puntuación más alta, la indicadora de la presencia de sintomatología depresiva (Domènech-Llaberia *et al*, 2003).

❖ *Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS):*

Se trata de un instrumento, diseñado por Young, Biggs, Ziegler y Meyer, cuya administración es heteroaplicada y se realiza en espacio de tiempo que oscila entre los 15 y los 30 minutos. Consta de 11 ítems que evalúan severidad del comportamiento Maníaco y su selección se realizó a partir de la revisión de la literatura en un proceso que no es claramente descrito. El peso asignado a los ítems no aparece fundamentado (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

Los ítems han de ser puntuados por el clínico basándose en el relato del paciente y en su propia observación en una entrevista cuya duración debe ser aproximadamente de 30 minutos. Para puntuar se dispone de una Escala de intensidad que oscila unas veces entre (0 y 4), y otras veces entre (0 y 8) para el caso de los ítems (5, 6, 8 y 9). Estos 4 ítems tienen el doble de valor para compensar la pobre cooperación de los pacientes Maníacos graves. En todos los casos, el valor 0 hace referencia a ausencia del síntoma, y el valor más alto a presencia en gravedad extrema. La Escala tiene una puntuación total que oscila entre (0 y 60) puntos. A mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro Maníaco; Se considera que una puntuación de 6 es compatible con eutimia, de (7 a 20) se considera un episodio mixto y si la puntuación es mayor de 20 el diagnóstico probable es de un con episodio Maníaco respuesta (Bobes, *et al*, 2004)

En cuanto a la forma y el contenido de éste instrumento, para la medición de Manía, se puede decir que no se tuvieron en cuenta síntomas de Manía disfórica y por el contrario se incluyeron síntomas no representativos de Manía, en la estructura de la Escala, como la apariencia y la introspección (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

El diseño de éste instrumento se realizó con una muestra de 20 pacientes que cumplían con criterios diagnósticos de Manía, pero no se describe en el estudio que soporta técnica y teóricamente ésta Escala ni la fuente ni cómo se calculó la magnitud de la muestra. Para determinar la confiabilidad de la Escala se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, obteniendo correlaciones significativas con valores r_{xy} entre (0.66 y 0.95). Se evaluó la validez concurrente comparando esta la Escala con la Escala de Beigel, la de Petterson y la evaluación global, utilizando el *Coeficiente de Correlación de Spearman* con el que se obtuvo correlaciones de r_{xy} (0.71, 0.89 y 0.88) respectivamente. Se evaluó también la validez predictiva correlacionando los marcadores con el número de días de estancia intrahospitalaria después de la aplicación de la Escala. La correlación fue más alta para ésta Escala (r_{xy} : 0.66) que para la Escala de Beigel (r_{xy} : 0.58) y la Escala de Petterson (r_{xy} : 0.50) (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La sensibilidad al cambio se calculó utilizando inicialmente el Mann-Whitney U Test y posteriormente el análisis de varianza de una vía de Kruskal-Wallis para mayor sensibilidad, resultando que esta Escala fue la más consistente en la evaluación de sensibilidad al cambio cuando se comparó con las Escalas de Beigel y de Petterson (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

❖ ***Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC):***

Se trata de una Escala heteroaplicada; para ser administrada por un clínico desarrollada por Altman, Hedeker, Janicak, Peterson y Davis. Consta de 15 ítems e incluye una entrevista semiestructurada. Evalúa la presencia o ausencia de síntomas y su severidad. No solamente incluye el comportamiento reportado por el paciente u observado por el clínico durante la entrevista sino también el comportamiento observado por otros miembros del equipo clínico

fuera de la entrevista. Este instrumento sigue los criterios diagnósticos del DSM-III-R, sus 15 reactivos fueron modificados del SADS y se hizo un análisis factorial para determinar el peso de cada uno en la estructura psicometría del instrumento. Dichos ítems se agrupan en sub-Escalas (Bobes, *et al*, 2004):

- *Manía*: formada por los 10 primeros ítems, que exploran los siguientes síntomas: humor elevado/euforia, irritabilidad/ agresividad, hiperactividad motora, presión del habla, fuga de ideas, distraibilidad, grandiosidad, necesidad de dormir, excesiva energía y juicio empobrecido.
- *Psicoticismo*: formada por los 5 últimos ítems, explora los síntomas de pensamiento desorganizado, ideación delirante, alucinaciones, orientación y conciencia de enfermedad.

Tanto los ítems como las puntuaciones poseen criterios operativos descriptivos (los ítems de qué es lo que se pretende evaluar y cada una de las puntuaciones se acompañan de definiciones orientativas). Al final de cada ítem se proporciona un listado de posibles preguntas para explorar ese reactivo, excepto en los ítems (4, 6 y 11). De acuerdo con la información que obtiene en la entrevista, la procedente de otras fuentes y de su experiencia clínica, el clínico debe puntuar cada uno de los ítems utilizando una Escala de intensidad que oscila entre: 0 (ausencia del síntoma) y 5 (síntoma presente en gravedad extrema). En el último ítem (conciencia de enfermedad) la puntuación oscila entre 0 (hay conciencia de enfermedad) y 4 (nula conciencia de enfermedad) (Bobes, *et al*, 2004).

La Escala proporciona dos puntuaciones independientes, una de Manía y otra de síntomas psicóticos y desorganización, que se obtienen sumando las puntuaciones en cada uno de

los ítems que constituyen las Escalas. Los puntos de corte recomendados para la versión española en la *Sub-Escala de Manía* son los siguientes: 0-7 (no existe Manía o Manía cuestionable), 8-15 (síntomatología Maníaca leve), 16-25 (síntomatología moderada) y 26 (síntomatología grave). Y en la *Sub-Escala de psicosis/desorganización* no existen puntos de corte; a mayor puntuación, mayor gravedad (Bobes, *et al*, 2004).

La confiabilidad del instrumento se evaluó adecuadamente con el *Coeficiente de Correlación Intraclase* obteniendo valores que están entre r_{xy} (0.71 y 0.94). La confiabilidad test-retest se evaluó con el *Coeficiente de Correlación de Pearson*, obteniendo valores entre r_{xy} (0.78 y 0.95). La consistencia interna se evaluó adecuadamente con el *Alfa de Cronbach*, obteniendo como resultado un valor α :0.88 para el factor Manía y α :0.63 para el factor psicosis. La validez de criterio se calculó con el *Coeficiente de Correlación de Pearson* comparando la Escala con la *MRS* con una correlación de r_{xy} : 0.94. La sensibilidad al cambio se evaluó utilizando *MANCOVA* ($p<0.001$ para el grupo de pacientes Maníacos) (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

El tiempo de aplicación de esta Escala es adecuado (15 a 30 minutos) y no es necesario un entrenamiento especial del clínico para su aplicación, aunque si es deseable una experiencia clínica que permita el adecuado desarrollo de la entrevista semiestructurada. El procesamiento general de la información es sencillo (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

❖ *Escala para la Evaluación Longitudinal de Estados Maníacos:*

Se trata de una Escala heteroaplicada que incluye 7 ítems y 2 evaluaciones globales, diseñada por Petterso, Fyro y Sedwall en 1973. Su administración se debe realizar en un tiempo aproximado de 30 minutos y por un clínico, preferiblemente que tenga formación en este tipo de

trastornos. Cuenta con 22 ítems que buscan evaluar sintomatología Maníaca. Sin embargo en el estudio que respalda el diseño de esta Escala no se hace explícito el origen de estos ítems ni los procedimientos utilizados para darle el peso psicométrico a cada reactivo. En cuanto a la muestra empleada para el proceso de validación de la prueba tampoco es claro el método mediante el cual fue seleccionada, solamente se menciona que fue de 20 pacientes con síntomas de elación, fuga de ideas e incremento de la actividad motora (Sánchez-Pedraza, Rosero-Villota, 2003)

Esta Escala no contempla síntomas de Manía disfórica, incluye ítems como orientación que no son representativos de Manía y excluye de su estructura otros representativos como las alteraciones en el sueño y en la atención. Evalúa en un mismo ítem autoestima y estado de ánimo. En cuanto al contenido se mencionan tres dominios (actividad motora, elación, fuga de ideas) que no están bien representados (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

Sánchez-Pedraza y sus colaboradores (2003) realizan un análisis crítico de este instrumento y resuelven que esta es una Escala con elementos valiosos pero que en su diseño no se realizó un proceso adecuado de validación y que carece de algunos ítems importantes en la evaluación del paciente Maníaco.

❖ ***Escala de Evaluación de Manía de Bech, Rafaelsen, Kramp y Bolwi:***

Escala diseñada Bech, Rafaelsen, Kramp y Bolwi (1978) que consta de 11 ítems de fácil evaluación que se puntúan de 0 a 4, es heteroaplicada y su administración debe ser realizada por un clínico capacitado, en un tiempo aproximado de 30 minutos. Los reactivos derivan de las Escalas de Beigel y Petterson y no se conoce el procedimiento mediante el cual se estableció el peso de cada ítem (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La muestra con la cual se realizó el diseño y la validación de este instrumento estuvo constituida por 38 pacientes, 24 con síntomas depresivos y 14 con síntomas Maníacos. Sin embargo no se menciona la fuente ni se define cómo se calculó el número total. Esta Escala cuenta con unos valores de confiabilidad α entre (0.80 y 0.95) que se establecieron a través del coeficiente de correlación intraclase. Sin embargo su ficha técnica no muestra valores de consistencia interna ni la confiabilidad test-retest (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

Según Sánchez-Pedraza y sus colaboradores (2003) esta Escala tiene en cuenta síntomas de Manía disfórica como irritabilidad, pero le falta contemplar ítems que evalúen las alteraciones en la atención y un estudio estructurado que evalué la validez de contenido y de criterio de éste instrumento o la divulgación del mismo.

❖ *El Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (Endicott, Spitzer, 1978):*

Se trata de un inventario completo que evalúa síntomas afectivos y psicóticos en 8 sub-Escalas; el síndrome Maníaco se registra en la sub-Escala número 6 que consta de 18 ítems y puede calificarse de 10 a 65 puntos. El estudio que respalda el diseño de este instrumento no define el proceso de construcción de las sub-Escalas ni el método de selección de la muestra o su magnitud. Sin embargo, se hace explícito que dicha muestra incluyó en total 210 pacientes (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

Este inventario contempla síntomas como fuga de ideas, delirios de grandeza y síntomas de Manía disfórica pero excluye ítems que evalúen las alteraciones en la atención, y por el contrario contiene una lista de chequeo de comportamiento antisocial, que no parece ser un ítem específico de Manía (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La confiabilidad del inventario se evaluó utilizando el coeficiente de correlación intraclase, obteniendo una alta correlación (r_{xy} : 0.99). La confiabilidad test-retest se calculó por medio del mismo coeficiente reportando también un nivel de magnitud (r_{tt} : 0.93). La consistencia interna se evaluó con el *Alfa de Cronbach*, obteniendo un valor de α : 0.97. Además, nuevamente a través del *Coeficiente De Correlación Intraclase* se compararon las sub-Escalas con la SCL-90 y la KAS-R, y se obtuvo baja correlación en la mayoría de ítems (alrededor de 0.2) (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

Una de las grandes limitaciones que Sánchez-Pedraza y sus colaboradores (2003) identifican en este instrumento es la limitación de uso que implica el tiempo requerido para su aplicación (de 1 hora y media a 2 horas) y la experticia que se requiere de los evaluadores para su administración. Así mismo, el procesamiento de la información es más complejo que el de otras Escalas existentes (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

❖ *Escala para Evaluación de Estados de Ánimo en Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados (MazManían, Sharma, Persad, Kueneman, Burnham, Franklin, Hemmings, Leiska, 1994)*

Es una Escala que consta de 11 ítems, construida para ser aplicada por personal de enfermería. Los ítems derivan de los criterios diagnósticos del DSMIII R, Escalas previas y observaciones del equipo. El tiempo de evaluación es prolongado (12 horas) y es necesario entrenamiento especial para su aplicación por la dificultad de ubicar a un paciente en un solo puntaje (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

El estudio que respalda el diseño de este instrumento no hace explícito el proceso mediante el cual se realizó la asignación de pesos a los ítems. La muestra fue de 53 pacientes, pero no se determina ni la fuente ni cómo se calculó. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (51%), trastorno afectivo bipolar con episodio Maníaco, depresivo o mixto (40%) y trastorno esquizoafectivo (9%) (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

Esta Escala incluye síntomas de Manía disfórica. Todos los síntomas están agrupados para la puntuación y resultan los polos opuestos de características de estado de ánimo. No se establecen dominios en el contenido (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La confiabilidad del instrumento se evaluó con el *Coefficiente de Correlación Intraclass* obteniendo un valor de 0.84. No se evaluó la confiabilidad test-retest ni la consistencia interna. La validez de criterio se evaluó con el *Coefficiente de Correlación Intraclass*, comparando la Escala con BDI (Inventario de Depresión de Beck), la Escala análoga visual y la versión de autoreporte de la Escala Depresión-Manía, obteniendo puntajes de r_{xy} (0.54, 0.55 y 0.85) respectivamente. La sensibilidad al cambio se evaluó adecuadamente con ANOVA ($F=19.47$, $p<.001$) (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

❖ *Valoración Independiente de Síntomas Maníacos y Depresivos por Autoevaluación. (Bauer, Crits-Christoph, Ball, Dewees, Mcallister, Alahi, Cacciola, Whybrow, 1991).*

Es una Escala que consta de 17 ítems, diseñada para autoreporte, que los autores denominan Internal State Scale (ISS). No se especifica de donde vienen los ítems pero informa

que se obtuvieron de Escalas basadas en observación. Sin embargo, se hizo un análisis factorial para asignar el peso de los ítems (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

El estudio que enmarca el diseño de la ISS no informa cómo se calculó la muestra pero los autores son muy claros en los criterios de inclusión y exclusión, esta consistió en 89 pacientes y 24 controles (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La Escala no incluye ítems representativos del estado Maníaco como afecto elevado, sueño o actividad sexual. Incluye ítems de Manía disfórica. Se establecieron cuatro dominios en el contenido (activación, bienestar, conflicto, Depresión), los cuales están bien representados. La validez de criterio se determinó con el coeficiente de correlación intraclase, comparando la ISS con HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), YMRS (Young Manía Rating Scale) y la Escala de evaluación psiquiátrica breve, obteniendo puntajes de r_{xy} (0.95, 0.95 y 0.93) respectivamente. La sensibilidad al cambio se calculó utilizando el *Coeficiente de Correlación de Pearson*, comparando los marcadores test-retest y posteriormente aplicando un análisis de función discriminante (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

❖ ***Inventario de Polaridad Chino (Zheng, Lin, 1994):***

Es un instrumento de autoreporte que contiene 20 ítems, cada uno con dos frases que representan los polos depresivos y Maníaco del comportamiento. Dichos reactivos son tomados de diferentes Escalas de evaluación y de criterios diagnósticos del DSM-III. Inicialmente la Escala constaba de 39 ítems de los cuales se seleccionaron 20 por discusión del equipo. No se hizo análisis factorial (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La Escala incluye síntomas de Manía disfórica pero excluye la evaluación de síntomas como las alteraciones de la atención. Son explícitos cuatro dominios en el contenido: actividad motora, capacidad, placer e irritabilidad (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La muestra empleada para la validación de este instrumento fue de 685 pacientes, aunque no se explica ni la fuente ni cómo se calculó su tamaño. Se evaluó la consistencia interna con el *Alfa de Cronbach* obteniendo un índice α :0.93 para la sub-Escala de Depresión y α :0.92 para la sub-Escala de Manía; también se utilizó el *Test de Split Half* obteniendo valores de r_{tt} (0.86 y 0.92) para las sub-Escalas de Depresión y de Manía, respectivamente. Se calculó la validez de criterio comparando el inventario con la CHDRS (versión china de la Hamilton Depression Rating Scale) y la CBRMS (versión china de la Bech, Rafaelsen Manía Scale) con coeficientes de correlación de r_{xy} (0.59 y 0.53) respectivamente (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

Según Sánchez-Pedraza y sus colaboradores (2003). La principal limitación de esta Escala en nuestro medio es el requerimiento de que el paciente tenga siete años de educación como mínimo, lo cual puede hacerla no aplicable en muchos pacientes.

❖ ***Inventario de Autoreporte para Manía (Shugar, Schertzer, Torner, Di Gasbarro, 1992):***

Este instrumento, que se diseñó como una Escala de autoreporte, consta de 48 ítems presentados en oraciones que describen síntomas y comportamientos típicos de la Manía, el tiempo de administración va de 15 a 20 minutos. Los ítems se seleccionaron teniendo en cuenta los criterios de Manía del DSM-III-R, ICD 9 y la experiencia clínica de los autores y para la asignación del peso de cada reactivo, en la estructura del inventario, se realizó un estudio

factorial por el cual se establecieron dos dominios: disforia, representado en cinco sub-Escalas, y euforia representado en cuatro sub-Escalas (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La muestra que se empleo para el diseño del instrumento fue de 107 pacientes, pero no se determina la fuente ni cómo se calculó su tamaño. Incluyó 25 sujetos Maníacos y 82 no Maníacos (Sánchez-Pedraza, *et al*, 2003).

La evaluación de la consistencia interna se realizo con el coeficiente *Alfa de Cronbach* y el resultado fue un valor de confiabilidad igual α : 0.94. La confiabilidad test-retest se midió con el *Coeficiente de Correlación de Pearson* con un valor r_{xy} : 0.93.

Tras la revisión de los principales instrumentos psicométricos se puede identificar que si bien se han hecho importantes esfuerzos para la medición de variables tan complejas como lo son las implicadas en los trastornos anímicos, aun estos esfuerzos son insuficientes; A parte de las limitaciones que individualmente presenta cada instrumento, se hace evidente que la mayoría de estas Escalas o inventarios miden la Depresión y la Manía por separado sin darle un carácter funcional a la medición que permita una resultado mas aproximado a la situación real del individuo, pues estados mórbidos como los trastornos del animo suelen tener una dinámica compleja llena de puntos de convergencia y divergencia entre síntomas depresivos y Maníacos, a excepción del Trastornos Depresivo Mayor que solo adolece de síntomas depresivos, con puntos de cronicidad y frecuencia particulares. Por ello cobra significativa importancia iniciativas como la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) que apunta a una medición funcional que no solamente tenga en cuenta los síntomas que se dinamizan en este tipo de trastornos, sino que además busca realizar una evaluación de la frecuencia y la cronicidad de los síntomas, permitiendo desvelar la compleja dinámica de los trastornos anímicos y viabilizando

una aproximación real tanto a un diagnóstico funcional de los mismos, como a la mejora sustantiva de la prevención de este tipo de padecimiento y a tratamientos acertados que mejoren la calidad de vida de los pacientes que adolecen este tipo de trastornos.

4.1. Fundamentos teóricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA).

La Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) se encuentra constituida por 85 ítems distribuidos en 2 Subescalas cuyo propósito conjunto es evaluar la presencia, intensidad y cronicidad de la sintomatología cognitiva, fisiológica, emocional, conductual y afectiva, asociada a los constructos de la Depresión y la Manía, que componen los dos polos anímicos de los Trastornos del Estado del Ánimo.

Estructuralmente, en la versión original de la Escala EMTA, la Subescala de Depresión de EMTA es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188], que comprende desde el ítem 1 al 47,. De igual manera la Subescala de Manía de EMTA es un escala intervalar con 5 niveles: Inferior [29,46], Bajo [47, 64], Medio [65, 82], Alto [83,100] y Superior [101,116] y comprende desde el ítem 52 al 80.

La medición de la cronicidad de los síntomas es llevado a cabo en la estructura interna de todos los ítems de EMTA, pues cada uno de ellos miden con una escala ordinal jerárquica de 4 opciones de respuesta distribuidos a lo largo de ambas Subescalas (Depresión y Manía), con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.

Y la medición de la intensidad de los ítems se configura en los 4/5 últimos ítems de cada Subescala. Estos son de tipo ordinal y cuentan con 4 opciones de respuesta que responden al tiempo durante el cual han persistido los síntomas.

El diseño del contenido de cada uno de los ítems de la Escala EMTA fue realizado por Abello y Cortes (2011) con un referente teórico constituido por: **a)** Las teorías explicativas de los Trastornos del Estado del Ánimo del modelo Cognitivo Conductual, especialmente los constructos elaborados por Beck (1997), y **b)** Los criterios del DSM IV–TR y el CIE – 10 para el diagnóstico de este tipo de trastornos. A continuación se exponen los principales elementos de estos referentes, considerados por Abello y Cortes (2011).

La escala EMTA se encuentra enmarcada conceptualmente en principio por los estrictos lineamientos del paradigma Cognitivo Conductual, los cuales aportan teorías de gran utilidad para la comprensión de fenómenos psicológicos tales como los Trastornos del Estado del ánimo. En el trabajo de Abello (2011), que antecede al presente, se mencionan entre las más significativas:

❖ ***Teorías explicativas cognitivas-conductuales de la Depresión:***

- **Seligman (1974-1975):** este autor propone la teoría de la desesperanza aprendida la cual se constituyó como el modelo teórico que más investigación generó en la década de los 70. Esta teoría expone que la inmutabilidad de los resultados produce síntomas cognitivos, motivacionales, emocionales y comportamentales típicos de la Depresión. Sin embargo, una fuerte crítica se abalanzó contra Seligman y sus resultados, puesto que si bien la inducción de la desesperanza parece afectar en ciertas ocasiones los comportamientos posteriores de las personas, esto no apoya la idea de que la percepción de falta de control sobre el evento sea una condición necesaria para la aparición de la Depresión. Debido a las críticas que derivó la teoría, Abramson la adoptó haciendo pequeñas modificaciones a la misma.

- **Abramson:** Argumenta que las atribuciones que realice el sujeto son las que en realidad juegan el papel mediador para que ocurra un incremento de afecto negativo. Sugiere que se aumenta la posibilidad de aparición de la Depresión, cuando los eventos negativos son atribuidos a causas internas, estables y globales, y que por otra parte, las situaciones de éxito se atribuyen a causas externas inestables y globales.

- **Klerman (1974):** Sugiere que la Depresión es una baja general de la motivación dentro de un contexto filogenético. Considera así mismo, que la conservación de la energía es la principal significancia evolucionista de la Depresión.

- **Lewinsohn (1974):** Entiende a la Depresión desde un punto de vista filogenético. Sugiere que los signos o señales de la Depresión (tristeza, llanto) son elicitadores de ayuda y socorro de los grupos sociales relacionados con el emisor. Entonces el valor evolucionista de la Depresión estaría en su significado comunicativo.

- **Modelo conductual socio-ambiental:** El presente modelo supone que la persona deprimida actúa influenciada por su entorno estimular, entendiendo que las manifestaciones cognitivas son producto de conductas manifiestas maladaptativas y que varían en la medida que se modifique la conducta. Los principales representantes de esta forma de pensar son Lewinsohn y Ferster, quienes deducen que la conducta depresiva surge de una pérdida de refuerzo positivo (Leahey, 1999).

Según este modelo varios factores pueden contribuir a la Depresión son: La disminución de la presentación de conducta no depresiva a consecuencia de su no reforzamiento y/o por cambios en su ambiente, cuando existe un escaso repertorio de habilidades sociales, la persona tendrá más dificultad para obtener fuentes de refuerzo alternativas, la pérdida de efectividad de los reforzadores disponibles, la falta de

acontecimientos reforzadores y/o ausencia de condiciones sociales necesarias para conseguir el refuerzo.

- **Rehm (1989):** La Depresión está relacionada con dos tipos de pérdida: la primera se refiere a una pérdida de tipo interpersonal en donde el hombre recibe soporte social y la segunda se refiere a la pérdida relacionada con los desastres naturales, donde el valor adaptativo estaría en facilitar el acceso a estrategias de resolución de problemas. Rhem, también sugiere que el depresivo presenta déficits de autocontrol, asociados a los aspectos básicos de auto-observación, autoevaluación y autorrefuerzo. *“La personas deprimidas tienen en cuenta los eventos negativos (auto-observación), presenta criterios rígidos de autoevaluación y se dispensa a si mismo bajas tasas de reforzamiento positivo, en tanto que las alcanza altas en el autocastigo. El modelo acepta la importancia de las cogniciones para contribuir a la Depresión y observa como el movimiento socio-ambiental, que el refuerzo positivo es esencial para el mantenimiento de la conducta no depresiva. La Depresión estaría en función del grado de estrés y de la habilidad de autocontrol que el sujeto posea para combatirlo”.*

- **Alloy (1989):** Sustenta la Teoría de la Predisposición Cognitiva al Estrés, la cual puede considerarse el mejor intento integrador de la Depresión. Este modelo permite articular dos teorías como son la de Beck y Abramson, desde una perspectiva del procesamiento de la información. Predice que determinados individuos poseen estilos cognitivos particulares en la manera de procesar la información que los convierte en más vulnerables a la Depresión cuando se confrontan con experiencias negativas. De esta manera, la predisposición cognitiva es vista como un factor de riesgo o vulnerabilidad para la Depresión, la cual se activa en

determinadas situaciones donde la información almacenada se relaciona directamente con la vivida por el sujeto.

▪ **Modelos Biológicos de la Depresión:** De igual forma la biología de los trastornos del estado de ánimo puede entenderse mejor si se consideran como una falta de regulación básica de uno o más de los siguientes sistemas neuro-conductuales:

a) *Facilitación conductual* (Depue y Spoont, 1986): sustrato neuronal de la conducta exploratoria de búsqueda dirigida a un fin y consumación y a su vez una sobre activación del sistema de facilitación conductual pueden estar implicados en la etiología de la Manía (Carroll, 1991)

b) *Inhibición conductual* (Garay 1991): procesos neurobiológicos interrelacionados que permiten la moderación, inhibición de las respuestas excesiva y la tranquilidad después de la excitación Ejemplo: perturbaciones el sueño, la irritabilidad, agitación psicomotora y las rumiaciones depresivas repetitivas.

c) *Responsividad patológica al estrés* (Friedman, Clark y Gershon 1992): implica interacción entre el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical y el eje simpático-adrenomedular. De este modo la percepción de estrés activa el núcleo de noradrenalina del cerebro con respuesta resultante de “lucha y huye”

d) *Perturbaciones del ritmo biológico* (Monk 1993, Anderson): aunque con menos información puede inferirse de los patrones estacionales de la aparición de ritmos circadianos y de la modificación de los ciclos hormonales y sueño –vigilia

e) *La disfunción neuro-cognitiva:* disminución de los procesos corticales ejecutivos: la planificación, la abstracción, la solución de problemas, mejor documentadas para la Depresión grave.

Por otra parte las teorías Cognitivo Conductuales recurren a la interacción del estrés de la vida y las respuestas idiosincrásicas y/o exageradas de la persona ante la adversidad así como la importancia del estrés interpersonal en la génesis de la Depresión (Beach, Sandeen y O'Leary). Entre los sucesos más importantes se señalan los denominados “acontecimientos de salida” (divorcios, ruptura de relaciones amorosas y otras relaciones crónicamente conflictivas), y aunque enfatizan aspectos deferentes de la Depresión siguen normalmente la misma formulación general:

a) Escasas habilidades sociales y pobres habilidades en la solución de problemas como reflejo a las respuestas desadaptativas de los estímulos estresantes (Bellack, 1981; Nezu, 1986; Wolpe, 1979).

b) La desmoralización que resulta de estas escasas habilidades sociales y/o prolongación de problemas sin resolver tiene como consecuencia un empoderamiento del estado de ánimo y normalmente aislamiento social.

c) Con el tiempo el síndrome de Depresión se intensifica por medio de la disminución de las conductas pro-sociales, reforzantes y se mantienen por la activación de los centros cerebrales de respuesta al estrés.

d) Los demás se hartan de este comportamiento depresivo y de esta forma los problemas interpersonales se agravan.

e) La persona experimenta progresivamente menos control sobre su estado de ánimo y las circunstancias, surgiendo las percepciones de indefensión y, finalmente la desesperanza.

▪ **Aarón Beck (1997):** Se destaca entre los demás terapeutas cognitivos por dos aspectos: por una parte, fue el primero en sustentar que la Depresión es un desorden del pensamiento más que del afecto, con lo cual resaltó la cognición como principal causal de la

Depresión y también fue el primero que postuló un modelo informacional en psicopatología, el cual se basó en un paradigma integrado de esquema, distorsiones cognoscitivas y pensamientos negativos.

Beck sostuvo que las personas depresivas se caracterizan por la manera cómo procesan la información y que factores tanto genéticos, evolutivos, hormonales o bioquímicos, entre otros, contribuían en la etiología del trastorno. También postuló que los depresivos poseen un auto-esquema derrotista y pesimista, el cual puede permanecer invariable por periodos prolongados de tiempo e incluso reafirmarse una y otra vez y cuya organización estructural está caracterizado por una actitud extrema, categórica e inmadura. El pensamiento del depresivo por lo tanto se podría catalogar como inmaduro o primitivo caracterizado por ser un pensamiento global, absolutista y moralista, negativo y catastrofista, invariable e irreversible (Risso, 1992).

El esquema del depresivo, daría lugar a sesgos permanentes de la percepción e interpretación de la información del medio. A estos errores que son de carácter sistemático e involuntario, Beck los llamo distorsiones cognitivas e incluyen inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista o dicotómico (Beck, 1997).

En los estados depresivos se activan los esquemas funcionales negativos que tienen una gran influencia en el pensamiento del individuo. Estos esquemas se forman poco a poco por medio de diversas experiencias, un esquema puede permanecer inactivo durante un tiempo y puede ser activado por situaciones específicas. En estados depresivos las conceptualizaciones que puede hacer un individuo sobre determinada situación pueden ser distorsionadas de tal manera que se ajustan a esquemas inadecuados. A medida que el estado depresivo empeora, los esquemas facilitan una mayor deformación de la realidad, y los pensamientos repetitivos y

negativos aumentan con frecuencia e intensidad, hasta convertirse en características permanente del funcionamiento de la persona afectada (Harrison, Beck, y Buceta, s.f.).

Es de esperarse entonces que todos estos errores en la asimilación y en el procesamiento de la información, darían como resultado un producto cognitivo como una conducta maladaptativa y pensamientos distorsionados.

Bajo todos estos principios explicativos, Beck crea la Terapia Cognitiva, la cual le otorga una importante atención a la exploración y modificación de la estructura cognitiva de los pacientes. Sin embargo, para lograr este cambio o modificación de los esquemas Beck parte de lo procesual (atención, memoria, recolección) para llegar a lo estructural. Desde esta perspectiva se afirma que la supresión del estilo negativo de pensamiento, tiende a aliviar la sintomatología depresiva en las esferas afectiva y conductual. Por lo tanto, el objetivo de la terapia es disminuir el sufrimiento del paciente mediante la sustitución de las estructuras cognitivas disfuncionales por cogniciones más racionales que constituirían la búsqueda de un pensamiento maduro. El punto central de la intervención es que el individuo depresivo conozca y sea capaz de detectar las deformaciones propias del procesamiento que mantienen en ultimas los constructos negativos. En este intento se utilizan tanto técnicas terapéuticas como cognitivas, ya que sea cual sea la opción elegida, el fin es que el individuo llegue a procesar la información.

❖ *Teorías explicativas cognitivas-conductuales de la Manía y la Bipolaridad:*

Las teorías cognitivas conductuales que proponen una explicación a la sintomatología maniaca y bipolar refieren que estas se deben a errores en el procesamiento de la información que podrían ayudar a mantener y aumentar el estado psicopatológico y la conducta que lo acompaña. Este modelo plantea que la característica fundamental de este procesamiento es el pensamiento

anastrofista, en el que existe un sesgo hacia las características del Yo y de sus conductas en un sentido acrítico e intrusivo. Este tipo de pensamiento es típicamente autorreferencial, pudiendo alcanzar dimensiones delirantes, pero sin ir acompañado, normalmente, de vivencias autodestructivas y de desintegración cognitiva, que ocurre en la esquizofrenia. (Álvarez, 2001)

Beck (1997) sostiene que los sujetos maníacos presentan actitudes disfuncionales que son rígidas y poco realistas, al igual que en la depresión, pero a diferencia de lo que ocurre en ésta el contenido de esas actitudes exagera los aspectos positivos y elevan excesivamente la autoestima, esto se relaciona en una multitud de casos con conductas autodestructivas o que violan los derechos de los demás. Las actitudes disfuncionales en la manía según Beck son las siguientes: Si hay alguna posibilidad de éxito debería aceptar el riesgo, porque ganaré; Merezco más de lo que tengo. Mis recursos son ilimitados. Cada éxito demuestra de nuevo lo superior que soy; Cuando la gente me mira me admira. Por otra parte también supone la presencia de un procesamiento sesgado o distorsionado de la información. Los fenómenos de inferencia arbitraria, abstracción selectiva etc. (distorsiones cognitivas), distorsionen la realidad en el sentido opuesto a como lo describe este mismo autor en la depresión, es decir el paciente maniaco presenta imágenes y pensamientos, tanto automáticos como voluntarios, de contenido excesivamente optimista. Estos pensamientos e imágenes configuran la tríada cognitiva positiva (Leahy y Beck, 1988).

Según Álvarez (2001), existen otros autores como son Depue, Krauss y Spoont (1987) que han formulado teorías en las que asumen la fuerte causalidad de los factores genéticos y biológicos en el desarrollo de la manía, pero que postulan que el trastorno bipolar es consecuencia de la interacción de estos con variables psicosociales.

Como ya se ha señalado al exponer los modelos explicativos de los trastornos bipolares, existen teorías que hacen referencia a los factores psicosociales. Había teorías que atribuían a experiencias traumáticas infantiles un papel etiológico, pero en la actualidad estas teorías parecen estar totalmente descartadas. Por otro lado existe un modelo de vulnerabilidad genética que postula que los factores psicosociales como los acontecimientos sociales, el funcionamiento familiar o el apoyo social, pueden actuar elevando o rebajando el umbral de respuesta patológica al estrés en sujetos genéticamente predispuestos a padecer esta enfermedad (Vieta E, 1999). Existe en la literatura muchos escritos que apoyan la importancia de los acontecimientos vitales como determinantes de la aparición de la enfermedad y de la precipitación de nuevos episodios (Ramana y Bebbington, 1995) en este sentido se han encontrado mayor número de evidencias de la importancia de los factores psicosociales en los trastornos bipolares en comparación con los unipolares (Esquiaje y Garcia-Lopez, 1997).

Otro de los elementos teóricos que se tuvo en cuenta para el desarrollo de EMTA y que se ha tomado como referencia para el desarrollo de la mayoría de los pruebas que evalúan Trastornos Afectivos son las concepciones derivadas por el Manual Estadístico y Diagnostico de Trastornos Mentales (DSM IV-TR) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

El DSM IV-TR (2003), define de manera muy simple los Trastornos del Estado de Animo, lo cuales menciona, son alteraciones del humor. Sin embargo tan sencilla interpretación se ve nublada por la complejidad que implica explicar los mismos, para lo cual es necesario hacer un desglose de episodios afectivos que servirán de base para el entendimiento de los trastornos, y

que fundamenta a la vez los mismos. A continuación se condensan los criterios propuestos por el DSM IV-TR, para los episodios anímicos en la tabla #1, expuesta a continuación:

TABLA 1.

Criterios del DSM IV – TR para los Episodios Afectivos.

EPISODIOS AFECTIVOS	CRITERIOS
<i>Episodio Depresivo Mayor</i>	A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
	1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
	2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
	3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr un aumento de peso.
	4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
	5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de quietud o de estar enlentecido).
	6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
	7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
	9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio con un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen con los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

-
- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
 - B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad
2. Disminución de la necesidad de dormir (p.ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distraibilidad (La atención se desvía fácilmente a estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (bien sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

Episodio Maníaco

- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
- D. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

	E. Los síntomas no son debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia (Droga, medicamento o tratamiento) ni a una enfermedad médica.
Episodio Mixto	A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio Maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la temporalidad) casi cada día durante al menos un período de una semana.
	B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
	C. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Droga, medicamento o tratamiento) ni a enfermedad médica.
Episodio HipoManíaco	A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
	B. Durante el período de la alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguiente síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo.
	1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
	2. Disminución de la necesidad de dormir.
	3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
	4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
	5. Distraibilidad.
	6. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
	7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.
	C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
	D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de actividad son observables por los demás.
	E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
	F. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni una enfermedad médica.

Adaptado de: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Por American Psychiatric Association. 2008. Barcelona: MASSON S.A

Luego de comprender en qué consisten los episodios afectivos, es pertinente mencionar lo que implican los trastornos afectivos, siguiendo la misma línea, se exponen a continuación, los criterios diagnósticos de los diferentes Trastornos afectivos en la tabla 2. Es necesario aclarar que aunque en la Escala EMTA no se contemplan los Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias o debido a una enfermedad médica, se incluyen por hacer parte de la categorización del Manual en mención.

TABLA 2.

Criterios del DSM IV – TR para los Trastornos Afectivos

TRASTORNOS AFECTIVOS	CRITERIOS
Trastorno Depresivo Mayor	<p>A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.</p> <p>B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>C. Nunca se ha producido un episodio Maníaco, un episodio mixto o un episodio hipoManíaco. La exclusión de los anteriores trastornos no es aplicable si todos los episodios similares a la Manía, a los episodios mixtos o a la hipoManía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.</p>
Trastorno Depresivo Mayor Recidivante	<p>A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. (Para ser considerados como episodios separados, debe haber por lo menos un intervalo de 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor).</p> <p>B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia,</p>

	<p>un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>C. Nunca se ha producido un episodio Maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. No aplica si los episodios similares a la Manía, a los episodios mixtos o a la hipoManía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.</p>
Trastorno Distímico	<p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. En el caso de los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.</p> <p>B. Presencia, mientras se está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida o aumento de apetito 2. Insomnio o Hipersomnia 3. Falta de energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza <p>C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses.</p> <p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. (Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente. Además tras los primeros 2 años de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso debe realizarse ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio Maníaco, un episodio mixto o un episodio hipoManíaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso d un trastorno</p>

	<p>psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p> <p>G. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.</p> <p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
Trastorno Bipolar I (Episodio único Maníaco)	<p>A. Presencia de un único episodio Maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.</p> <p>B. El episodio Maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p>
Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente Hipomaníaco)	<p>A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipoManíaco.</p> <p>B. Previamente se ha presente al menos un episodio Maníaco o un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p>
Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente Maníaco)	<p>A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio Maníaco.</p> <p>B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio Maníaco o un episodio mixto.</p> <p>C. Los episodios en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p>
Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente mixto)	<p>A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.</p> <p>B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio Maníaco o un episodio mixto.</p> <p>C. Los episodios en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno</p>

	psicótico no especificado.
Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente depresivo)	<p>A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.</p> <p>B. Previamente se ha presentado al menos un episodio Maníaco o un episodio mixto.</p> <p>C. Los episodios en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p>
Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente no especificado)	<p>A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio Maníaco, un episodio hipoManíaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.</p> <p>B. Previamente se han presentado al menos un episodio Maníaco o un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>E. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a una enfermedad médica.</p>
Trastorno Bipolar II	<p>A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.</p> <p>B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipoManíaco.</p> <p>C. No ha habido ningún episodio.</p> <p>D. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
Trastorno Ciclotímico	<p>A. Presencia durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipoManíacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. En niños y</p>

	<p>adolescentes la duración debe ser al menos de 1 año.</p> <p>B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.</p> <p>C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio Maníaco o un episodio mixto. (Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios Maníaco o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I; o trastornos depresivos mayores ,en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el Trastorno Bipolar II)</p> <p>D. Los síntomas del criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad médica.</p> <p>F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	<p>A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades 2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. <p>B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.</p> <p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p> <p>D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.</p> <p>E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
Trastorno del estado de ánimo inducido por	<p>A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado del ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o

sustancias	del placer en todas o casi todas las actividades.
	2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
B.	A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que: <ol style="list-style-type: none"> 1. Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia. 2. El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.
C.	La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de una sustancia; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo, después del final de la abstinencia aguda a la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a los que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de sus uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias.
D.	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
E.	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión Número 10 (CIE-10), se definen los Trastornos del Estado de ánimo (llamados en dicho manual ‘Trastornos del Humor o Afectivos’), como alteraciones del humor o de la afectividad. El CIE-10 sin embargo, contiene elementos diferenciales respecto a los criterios propuestos por el DSM-IV, por ello a continuación se expondrán dichos elementos en la tabla 3.

TABLA 3.

Criterios del CIE-10 en relación con los criterios del DSM IV – TR para los trastornos del estado del animo

Episodios/Trastornos	Elementos Diferenciales
Afectivos	
Episodio Depresivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mencionan 10 síntomas. ▪ La pérdida de autoestima, es un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpa. ▪ Contiene criterios diagnósticos diferentes para el nivel de gravedad del episodio: un mínimo de 4 de 10 síntomas para nivel leve, 6 de 10 para moderado y 8 de 10 para grave. ▪ Para definir los episodios de carácter leve y moderado, requiere de la presencia de al menos 2 de 3 de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía. Para el episodio grave requiere los tres.
Episodio Maníaco	<ul style="list-style-type: none"> • Mencionan nueve síntomas, en lugar de siete. Los dos adicionales refieren a impulsos sexuales acusados o indiscreción y pérdida de las inhibiciones sociales normales.
Episodio Mixto	<ul style="list-style-type: none"> • Requieren una duración de al menos 2 semanas.
Episodio HipoManíaco	<ul style="list-style-type: none"> • Mencionan dos síntomas adicionales: aumento de la energía sexual e incremento de la sociabilidad. • No contemplan los síntomas que en el DSM-IV refieren al aumento de la autoestima y fuga de ideas. • No se exige que el cambio del estado de ánimo sea observable por los demás.
Trastorno Depresivo Mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Se proponen criterios distintos de definición para cuando el trastorno se considera un episodio aislado <i>versus</i> Dos episodios separados recidivantes. • Se exige la presencia de un período libre de cualquier síntoma significativo de alteración del estado del ánimo, de por lo menos 2 meses entre estos episodios.
Trastorno Distímico	<ul style="list-style-type: none"> • Se exige que el estado de ánimo depresivo se acompañe de 3 síntomas de

	<p>una lista de 11, la cual contiene 5 de los 6 síntomas que se contemplan en el DSM-IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limita la coexistencia de episodios depresivos mayores a ninguno o pocos. • Menciona que el trastorno distímico puede aparecer justo después de un episodio depresivo sin que medie un período de remisión total.
Trastorno Bipolar I	<ul style="list-style-type: none"> • No hace ninguna distinción entre Trastorno Bipolar I y II.
Trastorno Bipolar II	<ul style="list-style-type: none"> • No hace ninguna distinción entre Trastorno Bipolar I y II. Sin embargo, en el anexo 1 se incluyen criterios provisionales para el Trastorno Bipolar II, que son idénticos a los del DSM-IV.
Trastorno Ciclotímico	<ul style="list-style-type: none"> • La lista de los síntomas que deben presentarse durante el estado de ánimo depresivo e hipoManía difiere de la propuesta por el DSM-IV, para el trastorno distímico y la hipoManía.
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	<ul style="list-style-type: none"> • Se exige el cumplimiento de la totalidad de criterios diagnósticos referentes a la duración y al cuadro sintomático de un episodio hipoManíaco, Maníaco o depresivo mayor. • Cambia su denominación por Trastorno orgánico del estado de ánimo.
Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Se exige el cumplimiento de la totalidad de criterios diagnósticos referentes a la duración y al cuadro sintomático de un episodio hipoManíaco, Maníaco o depresivo mayor. • Cambia su denominación por Trastorno afectivo residual debido al consumo de sustancias.

Ambos instrumentos el DSM-IV TR y el CIE-10, proponen unas excelentes alternativas diagnosticas basadas en una descripción de términos, sin embargo, en muchas ocasiones, la tan alta especificidad y la divergencia marcada de opiniones o conceptos conlleva a la confusión. Precisamente debido a la alta confusión que genera, se pretendió que para la Escala Multidimensional para la Medición de Trastornos Afectivos EMTA, se conjugaran e integrarán los diferentes conceptos provenientes de los lineamientos teóricos del paradigma cognitivo conductual, el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR y la

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10; de manera que de ello surgiera una nueva propuesta, en la que se seleccionaran los síntomas y características más importantes que definen los Trastornos del Estado de Ánimo, generando por extensión un instrumento que asegurara la completa evaluación de los Trastornos Afectivos.

4.2. Fundamentos psicométricos básicos.

Ahondando en lo que tiene que ver la medición de lo psicológico como tal, Jaime Tovar (2007), menciona que la Psicometría actualmente, se constituye como una disciplina de la psicología que tiene como finalidad aportar soluciones al problema de la medida en cualquier proceso de investigación psicológica; así mismo, representa un campo metodológico que incluye teorías, métodos y usos de la medición psicológica, en la cual se incluyen aspectos meramente teóricos y otros de carácter más práctico. La perspectiva teórica, como su nombre lo indica, refiere a las teorías que tratan de la medida de lo psicológico, encargándose de describirlas, categorizarlas, evaluar su utilidad y precisión, así como la búsqueda de nuevos métodos, teorías y modelos matemáticos que permitan mejores instrumentos de medida. La Perspectiva práctica por su parte está mayormente ligada al aporte aplicado de los conocimientos producto de dichas teorías, es decir, refiere a los aportes de instrumentos adecuados que permitan conseguir buenas medidas y además los usos que dichas herramientas permitan realizar (Tovar, 2007).

Las Escalas como instrumento de medición de lo psicológico, son aun de mayor complejidad y de particular importancia pues la variable que se pretende medir es subjetiva, es decir, tanto su definición como sus componentes son altamente variables; sin embargo, aún cuando el proceso de creación de un instrumento psicométrico es complejo, se requiere que este

posea como características principales: capacidad de reproducibilidad, utilidad, fiabilidad y validez (Lamprea y Gómez-Restrepo, 2007). Lo anterior sugiere que para que un instrumento pueda ser utilizado por un profesional de la psicología, primero debe pasar por una serie de valoraciones, en las cuales se indique que el instrumento en cuestión está apto, en tanto que reúne una serie de criterios, para ser aplicado y funcionar así como un instrumento de evaluación.

Los aspectos fundamentales a tener en cuenta para la valoración de los Test son: Validez y Fiabilidad. La Validez ha pasado por un largo proceso evolutivo; Guilford mencionó en 1946 que “un test es válido para aquello con lo que correlaciona”, sin embargo actualmente los teóricos psicométricos se ciñen a la concepción de que un test es válido en tanto que la evidencia empírica y los supuestos teóricos respaldan la suficiencia y lo apropiado de las interpretaciones y acciones en base a los puntajes de las pruebas, que son función en últimas de los ítems, los sujetos que responden a la prueba, y el contexto en el que se evalúa (Tovar, 2007). En su sentido más simple, la validez es la capacidad que posee un test para medir aquello que pretende y dice medir.

El proceso de validación de un instrumento psicométrico no se puede resumir a un solo indicador o índice numérico, sino que debe existir una acumulación de evidencia teórica, estadística, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones. La Asociación Americana de Psicología (APA) en liderato de L.J. Cronbach, en 1954 estableció que la validez era de tres tipos: validez de contenido, validez de constructo, validez predictiva y validez de criterio. En la actualidad se considera, desde la comunidad científica, que la única validez admisible es la validez de constructo (Messick, 1995), la cual posee a su vez una serie de categorías, que suman los anteriores tipos de validez y un par de aspectos nuevos. Dichas Categorías son:

❖ **Validez de Contenido:** Según Jaime Tovar (2007): “Consiste en determinar lo adecuado del muestreo de reactivos del universo de reactivos posibles; en este sentido, es una ‘medida’ de lo adecuado del muestreo”. Es decir, se considera que un test posee validez de contenido si los elementos que componen la Escala corresponden a la definición operativa de la variable a medir.

❖ **Validez de Criterio:** Hace referencia al grado en que la medida que realiza el test que se evalúa, coincide con la medida proporcionada por un test ya avalado que evalúe la misma variable por un procedimiento diferente (Grupo Psicología Lógica, 2011).

❖ **Validez de Constructo:** Definida inicialmente como la capacidad que posee un test para medir aquello que pretende y dice medir.

El otro aspecto a tener en cuenta en la valoración de los test, es la Fiabilidad, que es definida según Muñiz (1998), como el conjunto de método y técnicas utilizadas por los psicólogos para estimar el grado de precisión con el que están midiendo sus variables. Existen diversas formas de analizar la fiabilidad de un Test Psicométrico, entre estas encontramos (Grupo Psicología Lógica, 2011):

❖ **Fiabilidad Test-Retest:** Grado de estabilidad temporal de la medida; un indicador de que siempre mide igual cuando el constructo es estable.

❖ **Fiabilidad o Consistencia Interna:** Grado en el que cada elemento de una Escala del test contribuye a dar estabilidad a la medida de cada característica.

Otro elemento importante a considerar en el diseño y validación de un instrumento psicométrico es la presencia inevitable de errores en el proceso de medida. Dichos errores originan graves distorsiones en la medición de cualquier variable, y en especial, en variables

como las psicológica, que como se ha expuesto anteriormente son tan complejas en si mismas. Precisamente para ese componente de error aleatorio, la única aproximación posible es la estadística, donde las decisiones se toman siempre con cierta probabilidad de acertar y cierto margen de error asociado, que es denominado por muchos autores como error de medida. Muñiz (1998) identifica tres fuentes principales de error aleatorio en la medición psicológica:

❖ *La persona evaluada* → Circunstancias intrapersonales al momento de realizar la medida; estado de ánimo, actitudes, ansiedad y temores ante el test o cualquier circunstancia previa al mismo, que produzca una disposición inadecuada del individuo frente a la aplicación del test.

❖ *El instrumento de medida utilizado* → Las características específicas de la Escala, inventario o test puede afectar gravemente los resultados del individuo evaluado, alterando la realidad registrada del mismo.

❖ *La aplicación, corrección e interpretación de los resultados arrojados por el instrumento* → Procedimientos mal desarrollados por los profesionales, que afecta directamente el rigor de la medición y obviamente, los resultados de la misma.

La estimación del error de medida es hasta ahora la mas completa intervención que se puede realizar para mitigar el impacto del error aleatorio en la medición de variables psicológicas y garantizar que las decisiones científicas que se tomen a partir de los resultados de cualquier instrumento psicométrico al menos tenga una base solida y confiable, por ello cobra vital importancia las teorías estadísticas de los test; compuestas por criterios técnicos que le permiten al profesional calcular la solidez psicométrica de cualquier instrumento, su confiabilidad, validez y fiabilidad. En el caso de las variables psicológicas la propuesta pionera para la estimación de errores fue realizada por Spearman (1904, 1907, 1913) y se denominó *Modelo lineal Clásico*,

construcción teórica que dio origen a todo un enfoque general sobre los test que se ha conocido como *La Teoría Clásica de los Tests*. Tiempo después procurando la superación de las limitaciones de la teoría clásica surgieron nuevas iniciativas teóricas que se recopilaron bajo la denominación genérica de *Teoría de Respuesta al Ítems* (Muñiz, 1998). Ambas teorías convergen en la intención de formalizar las interrelaciones entre tres componentes que intervienen en la medición mediante test: a) la puntuación observada tras la administración del instrumento, b) el valor inobservable del dominio o rasgo psicológico que se pretende medir y b) el error de medida inmerso en el proceso (Abal, F., Aguerri, M., Attorresi, H., Galibert, M., Luzzia, G., 2009), constructo que hemos desglosado en párrafos anteriores. A continuación se desarrolla los elementos básicos de estas dos teorías, que resultan los ejes esenciales del presente estudio.

4.3. Teoría Clásica de los Tests (TCT).

El modelo de la Teoría Clásica de los Test (TCT) es un constructo teórico que comenzó a emerger de los trabajos desarrollados por C. Spearman entre 1904 - 1913, y desde entonces se ha constituido como el enfoque predominante en la construcción y análisis de los instrumentos psicométricos, de corte objetivo, tras la creciente necesidad de obtener algún indicador de la precisión con la que estos test miden el constructo teórico que proponen evaluar en un sujeto o en grupo de sujetos específicos.

El postulado fundamental de la TCT sostiene que la puntuación observable de una persona en un test, que se denomina “puntuación empírica”, se designa con la letra “X” y se encuentra constituida por dos componentes (Muñiz, 2010):

- a)** V = El puntaje verdadero que obtiene la persona, y es inobservable.

b) e = Un error de medición implícito en la prueba, que puede ser consecuencia de las limitaciones del instrumento de medida y/o de los componentes de la situación de la medida; factores que su control se sale de las manos del profesional encargado del diseño y/o aplicación de la prueba en cuestión.

Dicho postulado se concreta formalmente en la siguiente expresión aritmética y estadística: $(X = V + e)$

Para poder derivar las formulas necesarias para el cálculo de fiabilidad, Spearman añade tres supuestos al postulado fundamental, antes mencionado, (Muñiz, 2010), que se desarrollan a continuación:

❖ **Primer supuesto** → La puntuación verdadera se contempla por la TCT como la esperanza matemática de la puntuación empírica, y constituye la media que se obtendría si se aplicase infinitamente el test a un mismo sujeto (Spearman, 1907).

Este supuesto se expresa formalmente como: $V = E(X)$.

❖ **Segundo supuesto** → Se asume que no existe relación entre la cuantía de las puntuaciones verdaderas de las personas y el tamaño de los errores que afectan a esas puntuaciones. Es decir, que el valor de la puntuación verdadera de un sujeto no tiene nada que ver con el error que afecta esa puntuación (Spearman, 1907).

Este supuesto se puede expresar formalmente como: $r(V, e) = 0$.

❖ **Tercer supuesto** → Se establece que los errores de medida de las personas en un test no están relacionados con los errores de medida en otro test distinto. Es decir, no hay ninguna razón para pensar que los errores cometidos en una ocasión vayan a covariar sistemáticamente con los cometidos en otra ocasión (Spearman, 1907).

Formalmente este supuesto puede expresarse así: $r(e_j, e_k) = 0$.

De igual manera Spearman considero importante adicionarle una definición a su constructo teórico: El concepto de *Tests Paralelos*, denominación que describe a aquellos test que miden lo mismo exactamente, pero empleando diferentes ítems o reactivos. De esta manera se asume que las puntuaciones verdaderas de las personas en los tests paralelos serían las mismas, y también serían iguales las varianzas de los errores de medida (Muñiz, 2010). Así dos test j y k se consideran paralelos si: ($V_j = V_k$ y $\sigma_{ej}^2 = \sigma_{ek}^2$)

Sin embargo, es importante mencionar que estos postulados son el marco teórico de la TCT pero el corpus psicométrico de la Teoría Clásica de los Test lo constituye aquellas formulas operativas para la estimación de los errores y las puntuaciones verdaderas que se desarrollaron posteriormente.

Mediante las iniciativas correspondientes se obtuvo la formula del coeficiente de Fiabilidad ($\rho_{xx'}$) que permite estimar la cuantía de los errores cometidos al medir. Su fórmula expresa la cantidad de varianza de la medida verdadera (σ_v^2) que hay en la empírica (σ_x^2), esta formula se expresa formalmente así: $\rho_{xx'} = \sigma_v^2 / \sigma_x^2$, lo ideal es que toda la varianza empírica se deba a la verdadera, lo que implicaría una fiabilidad perfecta y que la prueba mide sin ningún error (Muñiz, 1998). Esta situación ideal se puede expresar de la siguiente manera: $\sigma_v^2 = \sigma_x^2$. Sin embargo, El cálculo empírico del valor del coeficiente de fiabilidad no se puede llevar a cabo mediante esta fórmula, debido a que es meramente conceptual; pero la estimación empírica puede obtenerse utilizando varias estrategias, entre las que destacan (Muñiz, 1998):

- a) La correlación entre dos formas paralelas del test.
- b) La correlación entre dos mitades aleatorias del test corregida mediante la fórmula de Spearman-Brown.

- c) La correlación entre dos aplicaciones del mismo test a una muestra de personas.

Cada uno de estos procedimientos tiene sus pros y sus contras, se ajustan mejor a unas situaciones que a otras y existen razones técnicas para emplear uno u otro. En todos los casos el valor obtenido es un valor numérico entre 0 y 1, indicando a medida que se acerca a 1 que el test está midiendo con mayor precisión (Muñiz, 1998). Pero además, múltiples autores han propuesto diferentes formulas que operativizan lo que conceptualmente expresa la formula del Coeficiente de fiabilidad, entre las que podemos mencionar las de Rulon (1939), Guttman (1945), Flanagan (1937), KR20 y KR21 (Kuder y Richardson, 1937), y el Coeficiente Alfa (Cronbach, 1951), entre otras (Muñiz, 1998).

Una vez conocida la cuantía de los errores de medida, a partir de la puntuación empírica resulta sencillo estimar a cierto nivel de confianza del resultado verdadero de un individuo en un instrumento. Si la fiabilidad de una prueba es perfecta ($\rho_{xx'}=1$), las puntuaciones empíricas y las verdaderas de las personas en dicha prueba coincidirán, pero si no es perfecta las puntuaciones verdaderas de las personas en el test se estiman mediante un intervalo confidencial en torno a la puntuación empírica (Muñiz, 1998).

Ahora bien, el modelo lineal clásico informa de la cuantía de los errores, pero no la fuente originaria de éstos; Otros muchos modelos se han ocupado de desglosar el error y ofrecer así no sólo la fiabilidad, sino también el origen de los errores, pero su complejidad técnico-formal y las complicaciones operativas introducidas, en relación con las ventajas ofrecidas, ha hecho que ninguno se haya concretado en la práctica. La principal iniciativa al respecto es la de la *Teoría de la Generalizabilidad* propuesta por Cronbach y colaboradores que mediante el uso de complejos diseños de Análisis de Varianza, permite hacer estimaciones sobre el tamaño de distintas fuentes de error previamente contempladas en el proceso de medición (Muñiz, 1998).

4.3.1. Desarrollo Histórico de la TCT.

Es importante apuntar que la Teoría Clásica de los Test no ha sido un modelo estrictamente estático, a medida que se generalizaba su uso para la construcción, aplicación, validación e interpretación de distintos tipos de test, se han ido elaborando procedimientos de análisis cuantitativo que han sido de gran utilidad. En una revisión teórica, concreta de las fases de desarrollo de esta teoría y sus aportaciones, Cattell (1986) destaca tres grandes etapas que se identifican por su objeto de interés primordial, así como por los métodos cuantitativos y tipos de análisis teóricos que utilizan (Muñiz, 2010): a) Itemetría, b) Psicometría Estructural y c) Psicometría Funcional.

La Itemetría es la primera etapa descrita por Cattell (1986) y se caracterizó por que los tests se consideraban como el producto de la integración de un conjunto de reactivos cuyas propiedades estadísticas tenían que ser determinadas antes de que se les incluyera en dicho instrumento particular. Esto propició que el concepto de confiabilidad adquiriera prominencia como la principal virtud de la Escala y se medía a partir de la correlación entre los reactivos individuales y la prueba en su conjunto. Si la correlación era alta, se decía que los reactivos eran los adecuados. Sin embargo, con frecuencia resultaba que la correlación no era tan buena; entonces se obtenían reactivos deficientes y la prueba en su conjunto era de escaso valor. Así creció la necesidad de desarrollar procedimientos distintos para determinar la confiabilidad del test de una manera más precisa. Tal fue el caso de los procedimientos de *pruebas paralelas* y de *división por mitades* (Mikulic, 2007).

Las contribuciones de esta etapa a la psicología se debieron al énfasis que puso en el análisis del error. Entre estos aportes se encuentra:

- ❖ Varios conceptos sobre precisión de la medida.

- ❖ Las técnicas para el tratamiento del error.
- ❖ Algunas fórmulas de gran relevancia como la de Spearman-Brown (Spearman, 1904), la de Kuder-Richardson (Kuder & Richard 1937), la de *Alfa de Cronbach* (Cronbach, 1951) y la formula de atenuación.
- ❖ Los principios básicos de Escalamiento.
- ❖ El uso generalizado de la curva normal y de las correlaciones múltiples.
- ❖ Entre otros.

La siguiente etapa es la que Cattell (1986) denomina *Psicometría Estructural* y se caracterizó por el uso de las nuevas herramientas estadísticas tales como el análisis factorial con sus diversas variantes técnicas, como un medio para encontrar la estructura natural de las habilidades en el contexto de los factores culturales, la dotación genética, la personalidad, los rasgos, los motivos dinámicos y las dimensiones que dan lugar a la acción y al comportamiento. Su objetivo primordial no era como tal aplicar pruebas, sino determinar la relación que hay entre los conceptos clínicos sobre personalidad, y los fundamentos de la investigación experimental multivariada (cuantitativa por naturaleza), así como analizar las interacciones dinámicas entre los rasgos y los estadios de la personalidad. Los tests se consideraban significativos en la medida que armonizaban con los constructos teóricos formulados conceptualmente (Mikulic, 2007).

La tercera etapa descrita por Cattell (1986) es aquella que fue denominada como *Psicometría funcional* y este autor la define como aquella etapa que "trasciende a las aplicaciones inmediatas y simplistas que identificaban a las estadísticas con factores conductuales, y profundiza en las leyes y formulaciones conceptuales del comportamiento: que relaciona rasgos, procesos y estados psicológicos con las mediciones y estrategias estructurales" (Cattell, 1986). Ese tipo de leyes, según Cattell, se refieren a las relaciones sistemáticas y

consistentes obtenidas de los estudios empíricos sobre el desarrollo, en el conocimiento acerca de los rasgos determinados en forma hereditaria, de los rasgos modificables por las experiencias y el aprendizaje y de la modulación de los estados psicológicos producidos por las relaciones psicofisiológicas (Mikulic, 2007).

4.3.2. Limitaciones del modelo lineal de la Teoría Clásica de los Test.

A medida que se reconoce el objeto de estudio de la psicología como un elemento cada vez mas complejo, que aumentan la importancia de validar los instrumentos con los que se trabaja en la ciencia de la conducta humana, y se sigue avanzando en la construcción y validación de instrumentos psicométricos, los profesionales se han visto en la necesidad de reconocer ciertas limitaciones de la TCT que han dado paso a la generación de otros modelos de teorías de los test, como la Teoría De Respuesta Al Ítem que se desglosara mas adelante; Sin embargo vale la pena resaltar que la TCT sigue siendo el modelo abanderado para el desarrollo de test psicométricos y lo que se contempla, es integrar otros modelos con la TCT para que todos los factores y todas las dimensiones del objeto de medición se aborden en su totalidad y de la manera mas adecuada. Y en este orden de ideas a continuación se exponen algunas limitaciones de la TCT:

a) Los índices estadísticos empleados por la TCT no se mantienen constantes cuando se aplican a poblaciones que difieren en habilidad respecto de la población empleada para obtener las normas del test. Por lo tanto, el éxito de las técnicas clásicas de selección de reactivos depende de qué tan parecida es la población con la cual se obtuvieron los índices respecto de la población a la que se pretenden aplicar. Si la diferencia es grande, los índices obtenidos de los ítems no serán apropiados para la población objetivo. En otros términos, la Teoría Clásica de los

Tests no puede predecir cómo responderá un individuo a los ítems a menos que esos ítems hayan sido previamente administrados a personas similares (Lord, 1980).

b) En la Teoría Clásica de los Tests, la contribución de un ítem a la confiabilidad de la prueba no depende solamente de las características del reactivo, sino que también depende de la relación que hay entre el reactivo en cuestión y los otros reactivos del test. Por lo tanto, no es posible aislar la contribución de un ítem a la confiabilidad de la prueba y por lo consiguiente, tampoco su participación al error estándar de la medida (Hambleton, Swaminathan, & Rogers, 1991).

c) Dentro del marco clásico, las mediciones no resultan invariantes respecto al instrumento utilizado. Pero en la práctica se es bien sabido que cuando se evalúa un concepto con tests diferentes su resultados no son comparables y no se pueden homologar sus resultados pues su estructura Escalar y la manera como aborda teóricamente el concepto no son equivalente. Y la solución clásica seria equivaler los resultados con baremos para solventar el problema de invariancia pero en muchas ocasiones dichos baremos fueron construidos con distintas muestras normativas y en caso como el de la medición de la inteligencia la solución clásica se hace insuficiente (Muñiz, 2010).

d) En la TCT se presenta en las deducciones absolutistas que se generan con elementos como coeficiente de fiabilidad de un test en el marco clásico, como el coeficiente *Alfa de Cronbach*(1951), pues con él se está presuponiendo que ese test mide con una fiabilidad determinada a todas las personas evaluadas con el test, y es mucha la evidencia empírica de que los tests no miden con la misma precisión a todas las personas, dependiendo la precisión en gran medida del nivel de la persona en la variable medida (Muñiz, 2010).

4.4. Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).

La Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), llamada también Teoría de Rasgo Latente es un modelo probabilístico que permite conocer la información proporcionada por cada ítem, para así crear test individualizados (Tovar, 2007). La denominación de TRI agrupa diversas líneas de investigación psicométricas independientes iniciadas por Rasch (1960) y Birnbaum (1968) cuyo punto de convergencia es el reconocimiento de una relación directa entre el comportamiento de un sujeto frente a un ítem y el rasgo responsable de esta conducta (Abal, *et al*, 2009), y algunos constructos derivados de esta aseveración. Para calcular dicha relación la TRI recurre a modelos matemáticos que estiman la probabilidad de dar determinada respuesta a un ítem particular para cada nivel de rasgo medido por este (Abal, *et al*, 2009).

Es importante mencionar tal como lo hace José Muñiz (2010) que las primeras consideraciones de esta teoría se pueden rastrear hasta los años 20 en los estudios pioneros de Thurstone (1925), que posteriormente encontraron su continuidad en los años 40 con las aportaciones de autores como Lawley (1943, 1944) o Tucker (1946). Pero, será el gran psicómetra Frederic Lord (1952) quien en su tesis doctoral exponga las primeras bases sólidas de la TRI, bases que se hicieron mas firme con el modelo logístico de un parámetro expuesto por el matemático danés Rasch (1960). Sin embargo, hasta el momento el trabajo en esta teoría se limitaba al campo teórico y no es sino hasta el famoso libro de Lord y Novick (1968), en el que dedicaron cinco capítulos al tema de la TRI, que se abrieron las puertas el desarrolla aplicado de esta teoría, encendiendo los motores de la investigación en este tema. A partir de esa fecha empiezan a aparecer los programas informáticos necesarios para utilizar los modelos de TRI, tales como BICAL y LOGIST en 1976, BILOG en 1984, ULTILOG, 1983, y otros muchos (Muñiz, 2010). De esas fechas hasta hoy los avances han sido notorios, y podemos decir que en

nuestros días la TRI domina el panorama psicométrico, sin quitarle de todo su lugar a los lineamientos clásicos, pues como lo veremos mas adelante la coexistencia de estas dos teorías (la TCT y la TRI) se ha convertido en una herramienta poderosa para los estudios cuya finalidad es el desarrollo de instrumentos psicométricos.

4.4.1. Consideraciones Teóricas de la TRI:

El objetivo sustancial de la TRI es la construcción de instrumentos de medición con propiedades invariantes entre poblaciones, buscando superar una de las principales limitaciones de la TCT. Para ello se asume al ítem como la unidad de análisis y se modela directamente sobre el rasgo latente; Teniendo en cuenta que el nivel de rasgo latente que presenta un individuo es resultado de una estimación a partir del patrón de respuestas manifestado en un conjunto de ítems, contrario a lo que desarrollaba la TCT, que modelaba sobre el puntaje verdadero del individuo en referencia a una prueba particular (Abal, *et al*, 2009).

La característica del examinado que le interesa a la TRI es la habilidad que busca medir el test, característica que se expresa por medio del llamado puntaje verdadero, asumido como el valor esperado a partir de la destreza observada en la prueba en cuestión. Por ello la dificultad de cada ítem depende de la habilidad de los examinados a quienes se aplicó la prueba y a su vez, la habilidad de los examinados depende del nivel de dificultad de la prueba. De la misma forma, el nivel de discriminación de los reactivos, el coeficiente de validez y el índice de confiabilidad de la prueba se definen también en base a las características del grupo particular de examinados (Mikulic, 2007). Y en este orden de ideas Hambleton, Swaminathan y Rogers (1991) reconocen que la TRI, como alternativa para la teórica clásica de los test, se caracteriza porque en el marco de esta teoría las características de los reactivos no dependen del grupo del cual fueron obtenidos, los puntajes que describe la habilidad del examinado no depende del test en su conjunto, y

ninguno de los modelos que componen de la TRI requiere de pruebas paralelas para determinar el índice de confiabilidad.

De esta manera se fueron constituyendo los postulados y los supuestos esenciales de la TRI, invariables para cualquier modelo de la misma y que se exponen concretamente a continuación:

Dentro de su estructura teórica la TRI propone tres postulados esenciales:

❖ **Postulado #1:** El resultado de un individuo evaluado en un ítem puede ser explicado por un conjunto de factores llamados *rasgos latentes o aptitudes* (Mikulic, 2007).

❖ **Postulado #2:** Existe una relación funcional entre los valores de la variable que miden los ítems y la probabilidad de acertar a estos. Lo cual vincula la probabilidad de dar determinada respuesta a un ítem en cada nivel del rasgo latente, lo que se conoce como *Respuesta clave*. Dicha relación puede describirse como una función monotónica creciente que se llama *función característica del ítem o curva característica del ítem (CCI)* (Mikulic, 2007). La forma específica de la CCI viene determinada por el valor que tomen 3 parámetros: a , b y c , según sea los valores que tomen uno u otro se generara diferentes formas de curvas (Muñiz, 2010). El parámetro “ a ” corresponde al índice de discriminación del ítem, el parámetro “ b ” hace referencia al nivel de dificultad del ítem y el parámetro “ c ” es a la probabilidad que hay de acertar al ítem por azar. Los valores de los parámetros se calculan a partir de los datos obtenidos al aplicar los ítems a una muestra amplia y representativa (Muñiz, 2010).

❖ **Postulado #3:** Las estimaciones de la aptitud obtenidas con distintos ítems y las estimaciones de los parámetros de los ítems obtenidos en distintas muestras de examinados se asume que serán iguales. Es decir que en la TRI los parámetros de aptitud y de los ítems son invariantes.

De la misma manera para la succión de las características del ítem la TRI postula dos supuestos:

❖ **Supuesto #1. La unidimensionalidad del rasgo latente:** La mayoría de los modelos de la TRI asumen que los ítems están constituidos por una sola dimensión, son unidimensionales, es decir, que están determinado por un único rasgo. Por lo que es necesario asegurar esta característica para emplear dichos modelos (Muñiz, 2010). Sin embargo, este supuesto nunca se cumple totalmente porque el rendimiento en un test está influido por variables cognitivas y de personalidad, como la motivación, ansiedad, entre otras. No obstante, existen varios métodos para comprobar la unidimensionalidad. El propuesto por Reckase (1979) se basa en el análisis factorial y consiste en estudiar la varianza explicada por el primer factor extraído de la matriz de correlaciones entre ítems. En la práctica, cuando el primer factor explica más de un 25% de la varianza total, tras haber eliminado los ítems con saturaciones inferiores a 0.10, se considera que se cumple el supuesto de unidimensionalidad (Abad, F., Garrido, J., Olea, J., Ponsoda, V., 2006).

❖ **Supuesto #2. La independencia local:** Las respuestas de un evaluado a cualquier par de ítems son independientes y la probabilidad de responder correctamente a un ítem es independiente de la probabilidad de responder cualquier otro (Mikulic, 2007).

Son muchos los modelos que comparten todos estos postulados y supuestos pero los más empleados son: a) la función de distribución de probabilidad normal acumulada y b) la función logística. Ambos modelos en su expresión grafica tienen una forma de S suavizada con un punto de inflexión en el que tiene su máxima pendiente y presentan dos asíntotas horizontales: a) superior, derecha (máximo valor) y b) Inferior izquierda (mínimo valor) (Abal, *et al*, 2009). La definición de un modelo u otro dependen de dos: a) El tipo de función y b) El número de

parámetros (a, b o c) considerados (Abal, *et al*, 2009). En el caso de adoptar la función logística como curva característica del ítem (CCI) existen tres modelos posibles, denominados como modelos logísticos: Si solo se tienen en cuenta la dificultad de los ítems (parámetro b) y se considera el índice de discriminación (parámetro a) constante para todos los ítems se habla del modelo de un parámetro o modelo de Rasch. Si además de la dificultad de los ítems se tiene en cuenta el índice de discriminación de los mismos (parámetro a) se está hablando del modelo logístico de dos parámetros o modelo de Birnbaum (ML2P). Complementariamente a estos dos parámetros se considera también la probabilidad de acertar el ítem al azar (parámetro c) se asume el modelo logístico de tres parámetros (ML3P). Estos 3 modelos, la dinámica de los parámetros considerados en cada uno y la expresión matemática de cada modelo, son expuestos de una manera concreta en la tabla 4:

TABLA 4.**Modelos logísticos.**

Modelo logístico	Parámetro "a"	Parámetro "b"	Parámetro "c"	Expresión matemática*
Modelo logístico de 1 parámetro. Modelo de Rasch.	Constante	Considerado	Nulo	$P(\theta) = \frac{e^{D(\theta-b)}}{1 + e^{D(\theta-b)}} = \frac{1}{1 + e^{-D(\theta-b)}}$
Modelo logístico de 2 parámetros. ML2P	Considerado	Considerado	Nulo	$P(\theta) = \frac{e^{Da(\theta-b)}}{1 + e^{Da(\theta-b)}} = \frac{1}{1 + e^{-Da(\theta-b)}}$
Modelo logístico de 3 parámetros. ML3P	Considerado	Considerado	Considerado	$P(\theta) = c + \frac{(1+c)e^{Da(\theta-b)}}{1 + e^{Da(\theta-b)}} \\ = c + \frac{1-c}{1 + e^{-Da(\theta-b)}}$
*Donde:				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ P (θ)= La probabilidad de acertar el ítem si el nivel de rasgo es θ. ▪ θ = Nivel de habilidad del sujeto (nivel de rasgo latente). ▪ a, b y c = Los 3 parámetros de la TRI. ▪ e = Base de los logaritmos neperianos = 2,718. ▪ D= Constante de Escalamiento = 1,7. 				

Ahora bien el modelo de Rasch, el M12P y M13P son considerados actualmente como modelos de 1° generación y su mayor limitación es la dificultad que tienen para dar tratamiento satisfactorio a ítems puntuados politómicamente (Abal, *et al*, 2009). Por ello la literatura contemporánea proponen los modelos de 2° generación denominados modelos politómicos, que resultan bastante útiles para el análisis de respuestas en Escalas nominales u ordinales y suelen ser realmente una extensión generalizada de los modelos de 1° generación (Abal, *et al*, 2009).

❖ **Medidas locales de precisión:** Hambleton y Swaminathan (1985) rescatan la importancia de otro elemento vital de la TRI, que además marca una distancia importante con los lineamientos clásicos: Las medidas locales de precisión. Desde la TCT se asume la fiabilidad como un valor global y constante para todos los niveles de rasgo, pero los test suelen ser más precisos para discriminar mejor en un rango determinado de la variable y menos en otros rangos (Abal, *et al*, 2009). Por ello la TRI procura proveer información respecto a que niveles del rasgo el ítem proporciona mediciones mas precisas o aporta mas información y cual es la magnitud de la información aportada para dicho valor de (θ) , a través de las medidas de precisión locales, que se hacen operativas mediante las funciones de información de los ítems (FI) y del test ($\sum F_i$) desarrolladas por Birnbaum. La función de información del test se puede calcular sumando las funciones de información (FI) de todos sus reactivos (Abal, *et al*, 2009). El concepto de FI es para la TRI lo que el concepto de confiabilidad es para la TCT, solo que en la TRI un ítem será mas o menos confiable para determinados niveles del rasgo y no en términos absolutos como lo asume la TCT, lo que constituye otro elemento que va en pro de la construcción de test invariantes para distintas poblaciones (Abal, *et al*, 2009).

4.4.2. Consideraciones generales del proceso de la TRI. Estimación y la prueba de bondad de ajuste:

Como ya lo hemos dicho para realizar todos estos cálculos que implica la Teoría de Respuesta al Ítem se debe partir de la aplicación del banco de reactivos, que inicialmente se ha construido, a una muestra de buen tamaño y que se a representativa. A partir de los patrones de respuestas evidenciados en dicha muestra se estiman los parámetros de cada ítem y los valores de θ para cada sujeto. Son varias las estrategias o modelos que se pueden aplicar para llevar acabo el proceso de *estimación* pero el método mas empleado es *La Máxima Verosimilitud* que consiste en asignar a θ y a los parámetros (a , b y c) el valor que hace máxima la probabilidad de los datos observados (Abal, *et al*, 2009). Una vez se ha culminado el proceso de estimación se requiere de una *prueba de bondad de ajuste* que permita evaluar hasta que punto el modelo alcanzado representa bien a los datos observados. La evaluación del ajuste parte del análisis comparativo de las curvas características del ítem teóricas, es decir, las propuestas por el modelo elegido, y las CCIs empíricas, que se estructuran distribuyendo a los individuos de la muestra en sub-muestras (en función de su nivel de habilidad estimado) y calculando la frecuencias de acierto observadas en los distintos intervalos de rasgo (Abal, *et al*, 2009). Si al comparar estas curvas, las CCIs del modelo se ajustan a las empíricas se puede asumir que representan adecuadamente la relación entre el rasgo latente y la probabilidad de dar una determinada respuesta al ítem. Pero si no se ajustan, puede deberse a dos razones: a) Que el modelo elegido no es el adecuado, en tal caso se puede probar realizando el proceso con otro modelo o b) Que algunos ítems (los que no se ajustan) no tienen un comportamiento que permitan predecir el rasgo, en tal caso se puede modificar en profundidad los ítems o eliminarlos (Abal, *et al*, 2009).

4.5. Comparación de la TCT con la TRI y su uso conjunto:

A lo largo de este marco teórico se ha hecho bastante explícitas las diferencias entre la TCT y la TRI, y la manera como esta última procura superar gran parte de las limitaciones de la TCT. Sin embargo José Muñiz (2010) nos expone de una manera muy concreta las diferencias entre estos dos modelos en el orden del tipo de modelo, las asunciones, el énfasis del modelo, las Escalas de puntuación, la descripción de los ítems, el tamaño muestral, entre otros elementos. A continuación se brinda la visualización de dichos elementos en la tabla 5:

TABLA 5.

Diferencias entre la TCT y la TRI

Aspectos	Teoría Clásica	Teorías de Respuesta a los ítems
<i>Modelo</i>	Lineal	No lineal
<i>Asunciones</i>	Débiles (fáciles de cumplir por los datos)	Fuertes (difíciles de cumplir por los datos)
<i>Invarianza de las mediciones</i>	No	Si
<i>Invarianza de las propiedades del test</i>	No	Si
<i>Escala de las puntuaciones</i>	Entre "0" y la puntuación máxima del test	Entre $-\infty$ y $+\infty$
<i>Énfasis</i>	Test	Ítem
<i>Relación Ítem – Test</i>	Sin especificar	Curva Característica del Ítem
<i>Descripción de los ítems</i>	Índices de dificultad y discriminación	Parámetros a, b y c
<i>Errores de medida</i>	Error típico de medida común para toda la muestra	Función de información (varia según el nivel de aptitud)
<i>Tamaño muestral</i>	Puede funcionar bien en muestras entre 200 y 500 sujetos aproximadamente	Se recomiendan más de 500 sujetos, aunque depende realmente del modelo.

Adaptado de: "Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuestas a los ítems". Por José Muñiz. 2010. Papeles del psicólogo. Vol. 31 (1). Pp. 57-66. Extraído de: <http://www.cop.es/papeles>

También es importante indicar que el trabajo conjunto de estas dos teorías si es posible y su coexistencia no implica una incompatibilidad de criterios insuperables. Todo lo contrario estos modelos en la practica son totalmente complementarios y permiten un análisis mas exhaustivo de la calidad o el funcionamiento de un instrumento psicométrico, especialmente lo referente a los test. Por lo que el uso conjunto de estas dos teorías se ha constituido en una herramienta poderosa para la psicometría actual que evidentemente toma muy en cuenta el presente estudio instrumental.

4.6. Disposiciones éticas para la investigación psicológica.

Todas acciones inherentes a los procesos de investigación e intervención que implican la ejecución de un trabajo investigativo o de intervención, en este un estudio instrumental, se encuentran estrictamente enmarcadas en las estatutos que reglamentan el ejercicio de la Psicología, divulgados por el Colegio Colombiano De Psicólogos, COLPSIC: La ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006 y El Código Deontológico y Bioético del psicólogo. En estas recopilaciones normativas se establece que debe y que no debe hacer el psicólogo, los criterios del modus operandi apropiados que debe adoptar el mismo y los derechos que tienen los usuarios que se encuentran involucrados en procesos de investigación e intervención ejecutados desde la psicología.

Todo estudiante o profesional de la psicología debe contemplar en primera instancia que en su ejercicio debe asumir la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y tienen que poner todo su empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta. (Ley 1090. Art1). Para ello en cada área de acción del psicólogo se debe desarrollar el rol (Investigador, interventor, evaluador, entre otros.) de la mejor manera, teniendo en cuenta los

principios ético que deben direccionar la labor y que garantizan el bienestar de los actores directos o indirectos (Individuo, grupo y sociedad) que participan activa o pasivamente en los procesos desarrollados en los distintos campos de la psicología (Cód. Deontológico, Art. 50).

Entrando en materia de prestación de sus servicios, es importante resaltar que el profesional no puede realizar ninguna discriminación de sus usuarios por ninguna razón y debe respetar criterios morales o religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la interpelación. (Código Deontológico. Cap. 1. Art. 15 y 16). Además, los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Los profesionales de esta ciencia deben guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que se realicen en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunique por reconocimiento de su actividad como profesionales, incluso si esta se realiza en un marco investigativo (Ley 1090, Art 9). Este principio solo es violable si cuenta con el consentimiento de los individuos o del representante legal del mismo, en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros, o por solicitud expresa de un juez de la república. Es menester de los psicólogos informar a sus usuarios de todas estas limitaciones éticas y legales de la confidencialidad del proceso. (Ley 1090. Art.1) Así mismo, en los procesos de investigación se debe tener en cuenta que los

“...profesionales de la psicología son los responsables de todo el contenido de sus estudios y de los materiales empleados en la ejecución del mismo; Así como del análisis de sus conclusiones/resultados; y de su divulgación o pautas para su correcta utilización”(Código Deontológico, Cap. VII. Art 49).

Así mismo el psicólogo debe utilizar únicamente los medios diagnósticos, prevención e intervención debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas. Además, es necesario que procure hacer uso apropiado del material psicotécnico en el caso que se necesite, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo; y rehusar hacer evaluaciones a personas o situaciones cuando su problemática no sea pertinente al campo de conocimientos que maneje o no se cuente con los recursos técnicos suficientes para hacerlo (Ley 1090, Art 1).

No se puede llevar a cabo ninguna intervención psicológica sin el debido consentimiento y autorización por escrita del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, sin el consentimiento del representante legal (Ley 1090. Cap. II. Art 1. Pág. 2). También es importante recordar que todo profesional de la psicología debe reconocer la libertad de participación que tiene el usuario, estudiante o participante de una investigación y asumir que cualquier sujeto podrá abandonar los procesos cuando así lo decida (Código Deontológico, Cap. III, Art.16). Durante la intervención, el psicólogo debe ser lo mas claro posible con los usuarios sobre los procedimientos a realizarse con ellos, y mantenerlos suficientemente informados tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento. (Ley 1090, Art 1).

“Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Y este sólo se usará cuando: el problema por investigar sea importante, solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información, y si se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación”.(Código Deontológico Cap. VII. Art 51).

Finalmente, en cuanto a la intervención también se debe tener en cuenta ciertos elementos pues el psicólogo debe llevar, un registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos, que implemente en ejercicio de su profesión. Por el tiempo en que se conserve estos registros su contenido va a ser responsabilidad exclusiva del psicólogo y por ello, estos datos deben conservarse en un lugar seguro, al que no tenga acceso personal que no sea autorizado por el usuario (Ley 1090, Art. 10). En caso de realizar alguna divulgación con fines científicos, didácticos o académicos se deberá salvaguardar la identidad del sujeto (Código Deontológico, Cap. 1. Art. 29).

5. Metodología

5.1. Tipo de Investigación.

La presente investigación se encuentra enmarcada en el *paradigma Empírico-Analítico* que según Zayas (2003) solo reconoce como único conocimiento valido aquel que sea factico, medible, observable y comprobable, por lo que su medio para estudiar la realidad siempre apunta a la construcción de leyes naturales y a la predicción. Así mismo este estudio maneja un *abordaje teórico de corte Analítico-sintético* mediante el cual se descompone un objeto, fenómeno o proceso en los principales elementos que lo componen para analizar, valorar y conocer sus particularidades, y simultáneamente, a través de la síntesis, los elementos valiosos se integran vistos en su interrelación como un todo (Zayas, 2003).

En cuanto a su método esta investigación se considera de *tipo cuantitativo* y según su finalidad es un estudio de *tipo instrumental* cuyo objetivo, es el desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos (Montero y León, 2007).

De igual manera la recolección de los datos se realizará en un solo momento, en un tiempo único, lo cual define a este estudio como una investigación transaccional con nivel de alcance investigativo Analítico (Hernández., Fernández y Baptista, 2010). El procesamiento de dichos datos responderá a un modelo *Analítico-sintético*, en línea con el abordaje teórico, lo cual demuestra la coherencia y solidez que se busca conservar en la metodología empleada para el desarrollo la presente investigación (Zayas, 2003).

5.2. Muestra.

La selección de la muestra se realizó a través de un *muestreo aleatorio estratificado*, que implica no solo que la muestra se clasifica en subcategorías, sino que además dentro de estos subgrupos todos los miembros tienen la misma posibilidad de ser escogidos lo que le da una proporción homogénea a la muestra y mayor precisión al proceso (Hernández., Fernández y Baptista, 2010). La *afijación* de la muestra fue de *tipo simple* lo que indica que no se toma en cuenta el tamaño de las categorías sino que todas tienen presencia uniforme en la muestra (Hernández., Fernández y Baptista, 2010) y el *criterio de selección* fue de corte *sistemático* que es definido por Robledo (2005) como aquel en el que se elige el primer grupo de individuos, dentro de cada categoría, y alguno de ellos puede remplazarse por el siguiente si no cumple con los criterios de inclusión determinados. Dichos de criterios de inclusión y exclusión son expuestos a continuación:

❖ Criterios de inclusión:

- *Nivel Educativo:* Universitario.
- *Rango de Edad:* Entre los 17 y los 26 años.
- *Género:* Distribución balanceada (50% hombre y 50% mujeres).
- *Institución de Procedencia:* Distribución balanceada (33,3% de la Universidad de la Costa, 33,3% de la Universidad Autónoma del Caribe y 33,3% de la Corporación Universitaria Latinoamericana)

❖ Criterios de exclusión:

- *Presencia de Antecedentes Clínicos.*

Se seleccionó este diseño muestral en aras de procurar que se garantice una muestra balanceada en función del género y equilibrada en función del contexto universitario de los estudiantes, así el muestreo aleatorio estratificado surge como alternativa metodológica que permite garantizar la equivalencia de los segmentos al interior de la muestra (ver tabla #6). Las universidades de procedencia de los sujetos de la muestra responden a sectores y población de la ciudad de Barranquilla similares. El tamaño de la muestra (384 estudiantes) fue resultado del cálculo convencional de estimación de la proporción de la muestra con un 95% de confianza, 5% de error estimado y una varianza máxima de 0,05%.

TABLA 6.***Distribución muestral***

Instituciones de educación superior	Mujeres	Hombres	Sub-totales
<i>Universidad de la Costa (CUC)</i>	64	64	128
<i>Universidad Autónoma del Caribe</i>	64	64	128
<i>Corporación Universitaria Latinoamericana</i>	64	64	128
Totales	192	192	384

Tal como se puede apreciar en la tabla #6, la muestra del presente estudio se encuentra conformada por 384 estudiantes (192 hombres y 192 mujeres) de 3 instituciones de educación superior, de la ciudad de Barranquilla, cuyas edades oscilan entre los 17 y los 26 años de edad, distribuidos de la siguiente manera: 128 estudiantes de la Universidad de la Costa (64 mujeres y 64 hombres), 128 estudiantes de la Universidad Autónoma del Caribe (64 mujeres y 64 hombres) y 128 estudiantes de la Corporación Universitaria Latinoamericana (64 mujeres y 64 hombres).

5.3. Variables de Estudio.

La variable central de medición de la presente investigación comprende el constructo hipotético denominado *Trastornos Afectivos*, ya que estos constituye el objeto de medición de la *Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos* (EMTA), instrumento a evaluar en este estudio, que como ya hemos mencionado hace parte de un proyecto investigativo macro que tiene como objetivo el diseño y validación de dicha Escala (Abello, *et al*, 2011). Esta variable se encuentra dividida en tres dimensiones: a) La presencia significativa de síntomas objetivos, b) Cronicidad del malestar y c) la intensidad de los síntomas, cuyos indicadores e índices se encuentran subdivididos según sea el origen patológico de los síntomas (Depresión, Manía o el estado mixto). A continuación la tabla #7 evidencia la operacionalización de la variable de una manera clara y concreta.

TABLA 7.

Operacionalización De La Variable: Trastornos Del Estado Del Animo

Variable	Dimensiones	Indicadores	Índices (Elementos de la Escala EMTA que reportan los indicadores de la Variable)
Trastornos del estado del animo	a) Presencia significativa de síntomas objetivos	<p><i>Depresión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo. • Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades. • Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso. • Perdida o aumento del apetito. • Alteraciones en el sueño. • Enlentecimiento o agitación psicomotora. • Fatiga o pérdida de energía. • Sentimientos de inutilidad o de culpa. • Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones. • Pensamientos recurrentes de muerte. • Ideación suicida recurrente con o sin intento o un plan específico tentativo. 	<p>La Depresión está representada en la sub-Escala de Depresión de EMTA, que comprende desde el ítem 1 al 47, la cual mide:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. ▪ A nivel individual:Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca,(2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre. Ej: <p style="text-align: right;">Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>1. Me siento muy triste y/o deprimido(a). ① ② ③ ④</p>
		<p><i>Manía:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo alterado. (Elevado, expansivo o irritable) • Autoestima exagerada o grandiosidad • Disminución de la necesidad de dormir. • Hablar más de lo habitual o estar Verborreico. • Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. • Distrabilidad. • Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora. • Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves. 	<p>La Manía está representada en la sub-Escala de Manía de EMTA, que comprende desde el ítem 52 al 80, la cual mide:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A nivel global: En una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [29,46], Bajo [47, 64], Medio [65, 82], Alto [83,100] y Superior [101,116]. ▪ A nivel individual:Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca,(2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre. Ej: <p style="text-align: right;">Nunca A veces Casi siempre Siempre</p> <p>56. Me cuesta tolerar el fracaso. ① ② ③ ④</p>

Mixto:

Presencia conjunta (ya sea al mismo tiempo o en secuencia) y significativa de síntomas depresivos y Maníacos.

Se deben cumplir los criterios tanto de la Depresión como de la Manía.

b) Cronicidad

- Que los síntomas fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales provoquen malestar clínicamente significativo; deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La cronicidad se expresa en ítems que miden en una Escala ordinal con 4 opciones de respuesta distribuidos a lo largo de ambas Subescalas (Depresión y Manía). (Por ejemplo, el ítem 41: “El desempeño en mi trabajo o estudio ha disminuido”: *Nunca, A veces, Casi siempre, Siempre*).

*Los síntomas se presentan la **mayor parte del día, la mayoría de días**, durante al menos:*

c) Intensidad

Depresión

Episodio depresivo mayor
2 semanas.

Trastorno distímico
2 años.

Trastorno depresivo mayor
2 meses.

Manía

Episodio Hipomaniaco
4 días.

Episodio Maníaco
1 semana.

Episodio mixto
1 semana

Mixto

Trastornos bipolares:

- Esta sujeto al tiempo de duración de los episodios que lo componen (depresivo y Maníaco, Hipomaniaco o mixto).
- La recidiva en el cambio de polaridad debe ser de al menos 2 meses sin síntomas Maníacos.

La intensidad está representada en los 4 últimos ítems de cada Subescala. Estos son de tipo ordinal y cuentan con 4 opciones de respuesta que responden al tiempo durante el cual han persistido los síntomas. (Por ejemplo, el ítem 49: “El estado de ánimo triste y depresivo me afecta”: *Nunca, de 1 a 3 días de la semana, de 4 a 6 días de la semana, Todos los días de la semana*).

5.4. Instrumentos.

En el desarrollo de esta investigación se emplearon 3Pruebas Psicológicas: la Escala Multidimensional de Trastorno Afectivos, EMTA (Abello y Cortes, 2012), El Inventario de Depresión de Beck (1961)y La Escala Autoaplicada de Altman (2005) (su versión adaptada al contexto hispano parlante); La primera de ellas constituye el objeto de estudio del presente proyecto investigativo y la herramienta para la obtención de los datos estadísticos centrales que usaran para el desarrollo del mismo. A continuación se describe concretamente las características esenciales de cada uno de estos instrumentos psicométricos:

❖ *Escala Multidimensional de Trastorno Afectivos, EMTA (2012) :*

EMTA es una Escala autoaplicada diseñada por Abello & Cortes (2012), cuyo tiempo de aplicación oscila entre 20 y 30 minutos. Dicho instrumento se encuentra conformado por 85 ítems, su objetivo es medir Trastornos del Estado del Ánimo por medio de la cuantificación funcional de la sintomatología que compete a los mismos, teniendo cuenta los distintos factores que inciden en la morfología de dichos síntomas y que comprometen la asertividad de la intervención clínica en los pacientes (Abello y Cortés, 2012).

La Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), se encuentra constituida por dos sub-Escalas, que evalúan la aparición, intensidad y cronicidad de síntomas cognitivos, fisiológicos, emocionales, afectivos y sociales involucrados en los Trastornos del Estado del Ánimo. La primera de ellas apunta a la evaluación de síntomas depresivos y la segunda de ellas busca evaluar a su vez, síntomas de tipo Maníaco. Los ítems del 48 al 51 y del 81 al 85, buscan evaluar intensidad y cronicidad de una manera más específica (Abello y Cortés, 2012).

El objetivo de esta Escala es establecer con ambas sub-Escalas, cuales son los síntomas que padece la persona evaluada, y en que grado afectan el estado psicológico de la

misma; con ello se espera identificar qué criterios cumple el paciente para cada posible trastorno, arrojando un resultado objetivo, concreto y aunque no definitivo, lo más completo posible (Abello y Cortés, 2012).

❖ ***Inventario de Depresión de Beck, BDI (1961):***

Es una Escala de autoevaluación, que tiene como objetivo valorar la gravedad de los síntomas clínicos propios de la Depresión y la presencia de pensamientos irracionales. Es la Escala con el mayor porcentaje de síntomas cognitivos, denotando además la ausencia de síntomas motores o de ansiedad. La versión original de 1961, consta de 21 ítems los cuales deben ser descritos por el paciente. Dichos reactivos comprenden: ánimo depresivo, pesimismo, sensación de fracaso, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el desarrollo de actividades cotidianas y laborales. Se realizan posteriormente dos revisiones la Primera en 1979 y la Segunda en 1996. En la segunda revisión se remplazan los ítem referidos a cambios físicos y dificultades al laborar por agitación, dificultad para concentrarse, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. La versión en castellano solo fue avalada hasta 1975 (Grupo de trabajo sobre el manejo de la Depresión mayor en el adulto, 2006)

❖ ***Escala autoaplicada de Altman (Altman Self-Rating Manía Scale) en su versión adaptada al ámbito español. Álvarez, Benavent, García-Valls, Livianos y Rojo (2005):***

La Altman Self-Rating Manía Scale (ASRM), en su versión adaptada al ámbito español, es una Escala autoaplicada cuyo objetivo es medir la presencia y gravedad de la sintomatología Maníaca, que permite realizar valoraciones sencillas y rápidas del estado del paciente, pudiendo ser utilizada con fines de investigación, clínicos y como instrumento de cribado. Consta de 5 ítems, cuyas respuestas se distribuye en una Escala ordinal que va de 0 a

4, siendo 0 el valor a la ausencia del síntoma y 4 su mayor estado de gravedad (Álvarez, Benavent, García-Valls, Livianos y Rojo, 2005).

El trabajo de traducción y adaptación de la ASRM fue realizado con una muestra de 74 pacientes con trastorno bipolar, que fueron divididos en dos grupos, uno formado por pacientes con sintomatología activa Maníaca ($n = 35$) y otro constituido por pacientes asintomáticos ($n = 39$). Concurrentemente se aplicó la Escala para la Valoración de la Manía Administrada por Clínicos (EVMAC) y la Escala de Valoración Numérica. Como resultado de dicho estudio se encontró alta consistencia interna, alta y significativa correlación con la Subescala de Manía de la EVMAC, así como con la Escala de Valoración Numérica, y diferencias muy significativas entre los dos grupos en la puntuación de la Escala. La curva COR indicó excelente ajuste de la Escala al discriminar entre pacientes bipolares con y sin síntomas Maníacos. El análisis factorial arrojó un solo factor, que explica el 62 % de la varianza total (Álvarez et al., 2005).

Para la corrección de la ASRM ocurre una particularidad, pues según sean los propósitos del estudio que quiera utilizar la Escala Autoaplicada de Manía de Altman, se puede escoger un punto de corte u otro, ya que el análisis de la curva COR presenta para todo el espectro de puntos de corte, los diferentes niveles de especificidad y sensibilidad. Sin embargo, los autores indican que es necesario escoger un punto de corte concreto para cada propósito determinado, y proponen el punto de corte 5 como el mas adecuado porque este logra equilibrar la sensibilidad y la especificidad, es decir que presenta la máxima sensibilidad para la máxima especificidad posible, que son para este punto de corte de 0,84 y 0,89 respectivamente (Álvarez et al., 2005).

5.5. Procedimiento.

La presente investigación hace parte de una investigación que adelanta la Ps. Daniella Abello y el Ps. Omar Cortes (2012), constituyendo así uno de los objetivos dicha investigación que se denomina: “*Diseño Y Validación de una Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos*”, las fases a continuación descritas enmarcan el proceso que desde ella se realiza, se mencionará en últimas la fase en la que se encuentra y que aplica a la presente investigación.

- ❖ Fase 1. Formular el Propósito de la Prueba
- ❖ Fase 2. Revisión del Estado del Arte y Elección del Modelo Teórico de Evaluación.
- ❖ Fase 3. Definición Conceptual y Operacional del Constructo a Medir.
- ❖ Fase 4. Formulación de especificaciones psicométricas de la Prueba.
- ❖ Fase 5. Diseño de ítem y formato de la prueba.
- ❖ Fase 6. Revisión de la prueba por jueces expertos.
- ❖ Fase 7. Prueba Piloto.
- ❖ ***Fase 8. Análisis de los datos, confiabilidad y validez.***
- ❖ Fase 9. Ajustes finales del instrumento y elaboración del manual.

En el caso particular de esta investigación, la fase que compete es la ocho; se analizarán bajo los criterios, supuestos y modelos propios de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem, los indicadores psicométricos de la Escala EMTA, aportando con ello un sustento teórico y operativo que valide dicha Escala. Así el presente estudio se encuentra seccionado en cinco fases, las cuales son descritas a continuación:

- ❖ ***Fase 1 → Selección de la muestra:*** Esta fase se llevó a cabo a través de un muestreo aleatorio, estratificado, de afijación simple y con un criterio de selección

sistemático; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión determinados, en aras de procurar que se garantice una muestra balanceada en función del género y equilibrada en función del contexto universitario de los estudiantes.

❖ **Fase 2 → Aplicación de los instrumentos:** En esta fase se administraron los tres instrumentos elegidos para el estudio (EMTA, BDI y la Escala autoaplicada de Altman) teniendo en cuenta el carácter transversal del mismo, por lo que su aplicación se realizó en un mismo espacio físico (salones amplios de cada una de las universidades) y temporal, bajo las condiciones ecológicas especificadas por cada autor, para la administración de cada una de las pruebas.

❖ **Fase 3 → Captura, procesamiento y validación de la información:** Esta fase se realizó a través de programas estadísticos como el SPSS y el Winstepsestos últimos atendiendo al modelo de Rash, ordinal de crédito parcial.

❖ **Fase 4 → Análisis de la validez de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA:** Esta fase se desarrollara en dos etapas; la primera de ellas consiste en el análisis comparativo de EMTA desde los modelos propuesto (la TCT y la TRI) y sus correspondientes Escalas de calificación e interpretación de resultados. La segunda etapa implica el análisis comparativo de grupos específicos de ítems de EMTA en contraste con el BDI y la Escala Autoaplicada de Altman (2005) (su versión adaptada al contexto hispano parlante).

❖ **Fase 5 → Elaboración del informe, conclusiones y recomendaciones:** A grandes rasgos en esta etapa se realiza la identificación y formulación de factores convergente y divergente, la síntesis de la identificación psicométrica, se levanta las conclusiones y se realizan las recomendaciones para los ajustes finales del instrumento.

6. Presupuesto.

6.1. Rubro personal.

En la tabla 8.1 se desglosan los costos presupuestales que se generar por el personal encargado de desarrollar la investigación, los costos que son asumidos por los investigadores y los costos que son asumidos por la Universidad de la Costa (CUC).

TABLA 8.1.

Presupuesto: Rubro de personal

Investigador	Rol	Dedicación Horas Semanas	Dedicación Semanas	Valor Unitario	Valor Total Efectivo	Costos asumidos por los investigadores	Costos asumidos por la CUC
Liz Fonseca Consuegra	Investigador líder	10	16	\$ 21.300	\$ 634.500	\$ 634.500	\$ 0
Paola García Roncallo	Investigador líder	10	16	\$ 21.300	\$ 634.500	\$ 634.500	\$ 0
Total costos rubro personal:					\$ 1.269.500	\$ 1.269.500	\$ 0

6.2. Viáticos.

En la tabla 8.2 se desglosan los costos presupuestales que se generar por los viáticos del personal encargado de desarrollar la investigación, los costos que son asumidos por los investigadores y los costos que son asumidos por la Universidad de la Costa (CUC).

TABLA 8.2.

Presupuesto: Viáticos

Actividad	Cantidad	Valor unitario	Valor Total Efectivo	Costos asumidos por investigadores	Costos asumidos por la Universidad de la Costa
Transporte	64	\$ 1.600	\$ 102.400	\$ 102.400	\$ 0
Refrigerio	32	\$ 3.500	\$ 112.000	\$ 112.000	\$ 0
Total costos viáticos:			\$ 214.400	\$ 214.400	\$ 0

6.3. Rubro de materiales e insumos.

En la tabla 8.3 se desglosan los costos presupuestales que se generar por los materiales e insumos requeridos para el desarrollo de la investigación, los costos que son asumidos por los investigadores y los costos que son asumidos por la Universidad de la Costa

TABLA 8.3.

Presupuesto: Rubro de materiales e insumos

Material	Cantidad	Valor unitario	Valor Total Efectivo	Valor asumido por investigadores	Valor asumido por la Universidad de la Costa
Libros	3	\$ 152.500	\$ 457.500	\$ 152.000	\$ 305.000
Resma de papel	2	\$ 8.000	\$ 16.000	\$ 16.000	
Computador	3	\$ 1.000.000	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000	
Lápices	12	\$ 1.000	\$ 12. 000	\$ 12. 000	
Sacapuntas	3	\$ 600	\$ 1.800	\$ 1.800	
Borradores	3	\$ 600	\$ 1.800	\$ 1.800	
Total costos materiales e insumos			\$ 3.489.100	\$ 3.184.100	\$ 305.000

6.4. Rubro de Adquisición de Software.

En la tabla 8.4 se desglosan los costos presupuestales que se generar por la adquisición de las licencias del software que se requiere para le procesamiento de los datos en la investigación, los costos que son asumidos por los investigadores y los costos que son asumidos por la Universidad de la Costa

TABLA 8.4.

Presupuesto: Rubro de adquisición de software.

Actividad	Cantidad	Valor unitario	Valor Total Efectivo	Costos asumidos por investigadores	Costos asumidos por la CUC
IBM SPSS Statistical Package For Social Sciences. Standard	1	\$ 1.937.800	\$ 1.937.800	\$ 1.937.800	\$ 0
Total costos rubro de adquisición de software			\$ 1.937.800	\$ 1.937.800	\$ 0

6.5. Presupuesto general.

En la tabla 8.5 se desglosan los costos presupuestales generales que se generaran por desarrollo de la investigación.

TABLA 8.5.

Presupuesto general.

Rubro	Costos total	Costo asumido por los investigadores	Costo asumido por la CUC
Personal	\$ 1.269.500	\$ 1.269.500	\$ 0
Viáticos	\$ 214.400	\$ 214.400	\$ 0
Materiales e insumos	\$ 3.489.100	\$ 3.184.100	\$ 305.000
Adquisición de Software	\$ 1.937.800	\$ 1.937.800	\$ 0
Costos totales	\$ 6.910.800	\$ 6.605.800	\$ 305.000

TABLA 9.[illegible]

8. Resultados

A continuación se presenta los principales hallazgos derivados del análisis diferencial de la Escala EMTA desde los modelos de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y La Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), en congruencia con los objetivos trazados para el curso del presente proyecto de investigación. En este orden de ideas, el apartado de resultados se ha distribuido en dos secciones. Inicialmente se presenta los resultados del *análisis psicométrico de la Escala EMTA desde el modelo de la teoría clásica de Test* con sus correspondientes componentes de análisis descriptivo de los ítems, confiabilidad, validez y generación de normas de calificación, baremos de puntuación y rangos de clasificación clínica, y posteriormente se presentan los principales hallazgos derivados del *análisis psicométrico de la Escala EMTA desde el modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem* con la estimación de sus correspondientes parámetros.

8.1 Análisis psicométrico de la Escala EMTA desde el modelo de la Teoría Clásica de los Test (TCT).

Los resultados identificados a partir del análisis psicométrico de la Escala EMTA desde el modelo de Teoría Clásica de los Test permitieron identificar en términos generales una tendencia coherente a la naturaleza de la muestra que fue objeto de estudio, que corresponde a población universitaria, “No Clínica”, con puntuaciones bajas y moderadas, tanto en las Subescala de Depresión como en la de Manía.

8.1.1 Análisis descriptivo de los ítems de la Escala EMTA.

El análisis descriptivo de los ítems esta conformado por: a) La distribución porcentual de cada una de las categorías de calificación (Nunca, A veces, Casi siempre y

Siempre), **b)** Las medidas de tendencia central (Media) y **c)** Las medidas de dispersión (Desviación típica). A continuación se presentan los resultados del análisis descriptivo de los ítems agrupándolos por la Subescala de EMTA a la cual pertenecen y a su vez por el componente al que responden.

Subescala de Depresión

En las tablas de la 10 a la 14 se presenta el análisis descriptivo de los ítems de la Subescala de Depresión agrupados en cada una de las 5 dimensiones (componentes) principales derivados de la operacionalización y confirmación por análisis factorial. Cabe recordar que los componentes se encuentran configurados por síntomas objetivos de la siguiente manera:

- ❖ *Componente #1:* Síntomas motivacionales - conductuales.
- ❖ *Componente #2:* Síntomas cognitivos - afectivos.
- ❖ *Componente #3:* Síntomas cognitivos - conductuales.
- ❖ *Componente #4:* Síntomas fisiológicos.
- ❖ *Componente #5:* Síntomas fisiológicos - motivacionales

Los ítems que reflejan los mayores niveles de intensidad, prevalencia asociada con la frecuencia de ocurrencia de los síntomas motivacionales y conductuales fueron los ítems P31, P35, P36, P38, P39 y P41. En los cuales la categoría “A veces” mantiene una tendencia superior o similar a la de nunca. En complemento los dos ítems que presentaron la mayor calificación promedio fueron P36, P38 y P39, estos síntomas fueron los de mayor prevalencia en la muestra evaluada. En contraste con ello, los ítems P12, P26 y P28 son los

menos prevalentes, en consecuencia los menos frecuentes a partir de los datos observados en la muestra de estudio. Tal como se ilustra en la tabla 10.

TABLA 10.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 1 de la Subescala de Depresión.

Componente 1. Síntomas motivacionales y conductuales	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
9. Las cosas que me gustaban ya no interesan.	50,3	44,5	4,2	1,0	1,56	,627
12. Mis actividades favoritas ahora me aburren.	72,1	23,2	3,7	1,0	1,33	0,603
15. Suelo tener menos iniciativa que antes.	47,7	46,1	4,2	2,1	1,61	,669
25. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	57,3	35,4	6,0	1,3	1,51	,670
27. Hablo menos de lo habitual.	54,2	41,7	2,9	1,3	1,51	,621
34. Me siento cansado(a) sin razón aparente.	51,6	42,4	4,9	1,0	1,55	,640
35. Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales.	41,9	52,6	4,2	1,3	1,65	,625
36. Me siento fatigado(a).	38,5	56,8	3,6	1,0	1,67	,597
37. No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes.	58,1	36,7	4,2	1,0	1,48	,630
38. Me cuesta tomar decisiones.	41,3	48,0	8,1	2,6	1,72	,726
39. Me cuesta concentrarme.	28,7	57,7	10,7	2,9	1,87	,709
40. Pienso más lento de lo habitual.	55,7	39,1	4,4	,8	1,50	,622
41. El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.	47,7	45,6	6,0	,8	1,60	,639
42. Me cuesta cumplir con mis responsabilidades.	54,9	40,9	2,9	1,3	1,51	,622
13. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas	51,6	35,4	9,6	3,4	1,65	,791
26. Me es difícil sonreír.	75,0	20,1	2,9	2,1	1,32	,633
28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.	78,6	20,1	,8	,5	1,23	,475

En el componente 2 los ítems menos prevalentes fueron P46, P45, P44 y P2, mientras los más prevalentes fueron en su orden el P1, P4 y el P7, reflejando a su vez los promedios mas altos. Tal como se ilustra en la tabla 11.

TABLA 11.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 2 de la Subescala de Depresión.

Componente 2. Síntomas cognitivos y afectivos.	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
1. Me siento muy triste y/o deprimido(a).	26,6	69,7	2,9	,8	1,77	,534
2. Me siento sin esperanzas.	77,9	21,1	1,0	,0	1,23	,447
3. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo.	50,9	43,1	5,5	,5	1,55	,628
4. En el último mes he sentido muchas ganas de llorar.	47,8	36,8	12,3	3,1	1,70	,805
7. Me siento solo(a).	46,6	45,1	6,3	2,1	1,64	,694
43. Pienso en la muerte.	53,1	38,5	4,4	3,9	1,59	,752
44. He pensado en quitarme la vida.	87,2	11,5	1,0	,3	1,14	,399
45. He planeado acabar con mi vida.	92,9	6,5	,5	,0	1,07	,294
46. He intentado acabar con mi vida	93,2	6,5	,3	,0	1,07	,277
47. He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.	51,3	42,4	4,2	2,1	1,56	,683

En el análisis de los síntomas cognitivos - conductuales los ítems P8, P29 y P31 fueron los menos frecuentes, y en el grupo solo el ítem P6 presenta una mayor tendencia a la categoría “A veces” siendo a su vez el ítem de mayor prevalencia. Tal como se ilustra en la tabla 12.

TABLA 12.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 3 de la Subescala de Depresión.

Componente 3. Síntomas cognitivos y conductuales.	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
5. Siento que mi vida está vacía.	73,4	22,4	3,1	1,0	1,32	,585
8. Siento que todo en mi vida está perdido.	89,6	9,9	,5	,0	1,11	,329

28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.	78,6	20,1	,8	,5	1,23	,475
29. Siento que no soy útil ni necesario (a).	83,6	14,6	,8	1,0	1,19	,488
30. Siento que todo lo malo que pasa es mi culpa.	70,6	27,1	1,3	1,0	1,33	,557
31. Pienso que los demás estarían mejor sin mí.	82,3	16,4	,8	,5	1,20	,452
32. Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco.	76,6	22,1	1,0	,3	1,25	,474
33. Siento que todo lo que me sucede es un castigo	74,0	22,9	1,8	1,3	1,30	,572
6. No me encuentro satisfecho(a) con la vida	50,5	43,8	4,7	1,0	1,56	,635

En relación con los síntomas fisiológicos se identifica que el ítem de menor frecuencia fue P20, por el contrario el que presento una mayor tendencia fue el ítem P22, siendo a su vez el de mayor promedio. Tal como se ilustra en la tabla 13.

TABLA 13.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 4 de la Subescala de Depresión.

Componente 4. Síntomas fisiológicos.	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
20. Me levanto más temprano de lo habitual, sin motivo aparente.	50,8	38,3	8,3	2,6	1,63	,747
21. Tengo problemas para conciliar el sueño.	38,0	44,0	10,4	7,6	1,88	,879
22. Al levantarme me siento muy cansado (a)	31,0	53,6	11,2	4,2	1,89	,760
23. Me despierto constantemente en las noches.	47,7	40,4	8,6	3,4	1,68	,771
24. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente.	42,2	43,0	9,9	4,9	1,78	,819

Finalmente en el componente 5, los ítems P11 y P14 fueron los menos prevalentes en contraste con la tendencia presentada en los ítems P10 y P19, siendo a su vez los que presenta las mayores calificaciones promedio. Tal como se ilustra en la tabla 14.

TABLA 14.

*Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 5 de la Subescala de**Depresión.*

Componente 5. Síntomas fisiológicos y motivacionales	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
10. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes	27,6	53,1	14,6	4,7	1,96	,781
11. No me interesa ver ni hablar con los demás.	71,5	25,6	1,8	1,0	1,32	,568
14. Presento una disminución en mi deseo sexual.	73,7	20,8	3,9	1,6	1,33	,629
16. He bajado notablemente de peso.	59,6	31,8	6,0	2,6	1,52	,726
17. Presento una disminución significativa de mi apetito.	60,2	32,0	6,3	1,6	1,49	,686
18. Recientemente presento un aumento significativo de peso.	48,4	32,6	11,7	7,3	1,78	,920
19. Presento un aumento significativo de mi apetito	36,7	41,4	10,4	11,5	1,97	,965

Subescala de Manía

A continuación se presentan los resultados del análisis descriptivo de los ítems de la Subescala de Manía agrupados, en cada una de las 5 dimensiones (componentes) principales derivados de la operacionalización y confirmación por análisis factorial (Ver tablas de la 15 a la 19). Cabe recordar que los componentes se encuentran configurados por síntomas objetivos de la siguiente manera:

- ❖ Componente #1: Síntomas conductuales – cognitivos.
- ❖ Componente #2: Síntomas conductuales – afectivos.
- ❖ Componente #3: Síntomas cognitivos – afectivos.
- ❖ Componente #4: Síntomas conductuales – fisiológicos.
- ❖ Componente #5: Síntomas fisiológicos.

Los ítems del componente 1, que reportan los menores niveles de frecuencia son P66, P67 y P68, a diferencia del comportamiento identificado en los ítems P57 y P69, quienes representan las mayores puntuaciones promedio. Tal como se ilustra en la tabla 15.

TABLA 15.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 1 de la Subescala de Manía.

Componente 1 Síntomas conductuales y cognitivos.	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
55. Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.	52,3	41,4	4,4	1,8	1,56	,668
57. Me quejo mucho.	31,3	57,8	7,6	3,1	1,82	,702
58. Hago comentarios hostiles	48,7	46,6	3,4	1,3	1,57	,626
66. Hablo sin cesar sin tener la intención de comunicarme con los demás.	74,5	22,9	2,1	,3	1,28	,513
67. Hablo muy rápido, fuerte y es difícil interrumpirme.	62,5	32,3	3,6	1,6	1,44	,644
68. Incluyo en mi discurso juegos de palabras e impertinencias.	60,7	34,9	3,1	1,3	1,45	,624
69. Siento que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso	40,9	48,4	8,3	2,3	1,72	,714
70. Continuamente hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	52,6	41,1	4,4	1,6	1,54	,661

En el segundo componente, correspondiente a los síntomas conductuales y afectivos, se evidenció que el ítem P65 como el de menor frecuencia, en contraste con los ítems P71, P76 y P72, quienes a su vez presentan los mas altos promedios. Tal como se ilustra en la tabla 16.

TABLA 16.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 2 de la Subescala de Manía.

Componente 2 Síntomas conductuales y afectivos	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
54. Me siento altamente irritable.	48,4	47,1	3,6	,8	1,57	,605
65. Siento que mientras duermo pierdo mucho tiempo.	64,3	24,5	7,3	3,9	1,51	,795
71. Me distraigo fácilmente.	21,1	58,1	12,0	8,9	2,09	,824
72. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	45,8	45,1	7,6	1,6	1,65	,688
76. Dejo muchas actividades sin terminar o finalizar.	43,5	50,8	4,9	,3	1,61	,603
79. Siento que mi desempeño laboral y/o académico a disminuido notablemente.	49,5	43,2	5,5	1,3	1,58	,666
80. Siento que relaciones familiares han desmejorado	51,6	38,0	6,0	3,4	1,59	,766

La tercera dimensión (componente= de la sub Escala de Manía compendia los síntomas cognitivos y afectivos, en ella los ítems menos prevalentes fueron los ítem P60 y P61 en contraste con los ítems P52, P56 y P62, quienes a su vez reportan los mayores niveles medios de calificación (Ver tabla 17).

TABLA 17.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 3 de la Subescala de Manía.

Componente 3 Síntomas cognitivos y afectivos	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
52. Me siento excesivamente alegre, sin razón aparente.	22,7	56,3	15,6	5,5	2,04	,776
53. Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones.	44,8	40,6	10,4	4,2	1,74	,808
56. Me cuesta tolerar el fracaso.	32,6	48,7	11,5	7,3	1,93	,854

59. Presento un aumento excesivo en mi autoestima.	40,6	43,8	10,2	5,2	1,79	,828
60. Soy poco realista en mi autocritica.	51,6	38,3	6,3	3,9	1,63	,772
62. Creo que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.	14,1	52,1	20,6	13,3	2,33	,878
61. Siento que soy mucho mejor que los demás.	60,2	31,3	6,3	2,1	1,50	,712

Los síntomas fisiológicos y conductuales, representados por el componente 4, evidenciarían la siguiente configuración: el ítem P75 fue el menos prevalente y los que presentaron la mayor prevalencia fueron el ítem P63 y P73, siendo este último a su vez el de mayor promedio. Tal como se ilustra en la tabla 18.

TABLA 18.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 4 de la Subescala de Manía.

Componente 4 Síntomas conductuales y fisiológicos	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
63. Duermo más de lo normal o muy poco, sin motivo aparente.	32,3	44,0	16,1	7,3	1,98	,888
64. Me cuesta conciliar el sueño.	44,5	39,8	10,4	5,2	1,76	,839
73. Permanezco inquieto(a) la mayor parte del tiempo.	35,9	53,1	7,8	2,6	1,76	,712
74. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo	49,0	44,0	5,5	1,0	1,58	,654
75. Compro desmesuradamente elemento que realmente no necesito.	58,3	36,2	3,4	1,6	1,47	,650

Finalmente el componente 5 está compuesto por tan solo 2 ítems y de ellos el menos prevalente fue el ítem P77, en contraste con el ítem P78 que es el más prevalente de este componente (Ver tabla 19).

TABLA 19.

Distribución porcentual y medidas de tendencia central del componente 5 de la Subescala de Manía.

Componente 5 Síntomas fisiológicos	Nunca (%)	A veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre	Media	Desviación
77. Siento un aumento irrefrenable en mi apetito sexual.	56,0	33,1	6,5	3,9	1,57	,788
78. Percibo un aumento en mi actividad sexual.	46,4	41,7	6,8	4,7	1,69	,802

8.1.2. Análisis de confiabilidad y validez de la Escala EMTA.

Desde la Teoría Clásica de los Test se han estimado los niveles de Confiabilidad y Validez asociados a las Subescalas de Depresión y Manía, por medio de análisis de: **a)** Los Índices de Alfa de Cronbach, para el caso de la confiabilidad, **b)** La Consistencia Interna de las Subescalas (correlación ítem - prueba), **c)** El análisis factorial por el método de componente principales, asociado a la validez de constructo y **d)** Los niveles de correlación entre los puntajes del Inventario de Depresión de Beck, la Escala Autoaplicada de Manía de Altman y las Subescala de EMTA, de Depresión y Manía respectivamente, para evidenciar la validez de criterio concurrente. A continuación se enuncia los principales hallazgos obtenidos.

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las Subescalas de EMTA.

En primera instancia se estimó los *Índice Alfa de Cronbach* y las medidas de tendencia central de las Subescalas de EMTA. Para el caso de la Subescala de Depresión el *Índice Alfa de Cronbach* fue de $\alpha: ,9041$, el cual es considerado alto y brinda evidencia de la

calidad de diseño de la Escala, la *Media* fue de 71,09 y la *Desviación Típica* puntuó 13,145. En complemento el *Índice Alfa de Cronbach* de la Subescala de Manía fue de $\alpha: ,864$ la cual, de manera similar a la Subescala de Depresión, es alta, sobre todo considerando los índices de Escalas homologas a esta; además, presento un *Promedio* de (48,74) y la *Desviación Típica* fue de (9,62).

Subescala de Depresión.

A continuación en la tabla 20 se ilustra el análisis complementario de Confiabilidad y Consistencia Interna para los ítems de la Subescala de Depresión. Tal como se aprecia en la tabla todos los ítems de la Subescala de Depresión guardan una correlación directamente proporcional con los puntajes de la Subescala, lo cual indica el alto nivel de consistencia interna de la Escala EMTA, el cual a su vez permite identificar como ninguno de los ítems al ser eliminados incrementaría significativamente la confiabilidad de la Escala.

Cabe resaltar los altos índices de correlación ítem-Escala, que fueron superiores a 0,50 en los ítems P4, P5, P7, P25, P32, P34, P35, P37, P39 y P40; en contraposición con los menores índices de correlación identificados en los ítems P16, P19 y P10.

TABLA 20.

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de Depresión

	Media de la Escala si se elimina el elemento	Varianza de la Escala si se elimina el elemento	Correlación ítem-Escala corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Me siento muy triste y/o deprimido(a).	69,30	166,092	,466	,902
2. Me siento sin esperanzas.	69,85	167,687	,424	,902
3. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo.	69,53	166,396	,370	,903

4. En el último mes he sentido muchas ganas de llorar.	69,38	161,441	,523	,901
5. Siento que mi vida está vacía.	69,76	164,595	,523	,901
6. No me encuentro satisfecho(a) con ella.	69,52	167,034	,326	,903
7. Me siento solo(a).	69,44	163,077	,520	,901
8. Siento que todo en mi vida está perdido.	69,97	169,973	,316	,903
9. Las cosas que me gustaban ya no interesan.	69,52	166,454	,367	,903
10. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes.	69,11	168,086	,202	,905
11. No me interesa ver ni hablar con los demás.	69,76	167,892	,311	,903
12. Mis actividades favoritas ahora me aburren.	69,74	165,533	,444	,902
13. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas.	69,43	163,593	,424	,902
14. Presento una disminución en mi deseo sexual.	69,74	166,144	,386	,902
15. Suelo tener menos iniciativa que antes.	69,47	164,793	,439	,902
16. He bajado notablemente de peso.	69,56	168,508	,199	,905
17. Presento una disminución significativa de mi apetito.	69,59	167,183	,290	,904
18. Recientemente presento un aumento significativo de peso.	69,30	165,693	,264	,905
19. Presento un aumento significativo de mi apetito.	69,11	166,585	,212	,906
20. Me levanto mas temprano de lo habitual, sin motivo aparente.	69,45	167,439	,248	,904
21. Tengo problemas para conciliar el sueño.	69,20	162,543	,423	,902
22. Al levantarme me siento muy cansado (a).	69,19	164,025	,421	,902
23. Me despierto constantemente en las noches.	69,40	164,820	,372	,903
24. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente.	69,30	166,514	,265	,904
25. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	69,57	162,758	,560	,900

26. Me es difícil sonreír.	69,76	167,761	,282	,904
27. Hablo menos de lo habitual.	69,57	165,092	,458	,902
28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.	69,85	168,809	,304	,903
29. Siento que no soy útil ni necesario (a).	69,89	167,870	,370	,903
30. Siento que todo lo malo que pasa es mi culpa.	69,75	166,470	,418	,902
31. Pienso que los demás estarían mejor sin mí.	69,88	167,926	,397	,903
32. Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco.	69,83	166,273	,515	,902
33. Siento que todo lo que me sucede es un castigo	69,77	166,076	,433	,902
34. Me siento cansado(a) sin razón aparente.	69,52	163,211	,561	,900
35. Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales.	69,43	162,737	,606	,900
36. Me siento fatigado(a).	69,41	165,156	,474	,902
37. No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes.	69,60	163,468	,554	,901
38. Me cuesta tomar decisiones.	69,36	163,438	,475	,901
39. Me cuesta concentrarme.	69,21	162,811	,523	,901
40. Pienso más lento de lo habitual.	69,58	163,634	,551	,901
41. El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.	69,48	165,409	,424	,902
42. Me cuesta cumplir con mis responsabilidades.	69,57	165,828	,411	,902
43. Pienso en la muerte.	69,49	165,697	,337	,903
44. He pensado en quitarme la vida.	69,93	167,988	,448	,902
45. He planeado acabar con mi vida.	70,01	170,008	,351	,903
46. He intentado acabar con mi vida	70,01	170,331	,329	,904
47. He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.	69,52	164,444	,450	,902

Subescala de Manía

En el análisis de la Subescala de Manía se evidenció que todos los ítems presentan una correlación directamente proporcional con los puntajes de la Subescala, en este sentido la eliminación de alguno de los ítems no genera cambios significativos en la estimación del índice de confiabilidad, aun cuando las correlaciones ítems-Escala tienden a ser menores en su magnitud en comparación con las obtenidas en las Subescala de Depresión. En este orden de ideas los ítems de mayor correlación ítem-Escala son P69 y P70, mientras que el más débil en su correlación ítem-Escala fue el P62 (Ver tabla 21).

TABLA 21.*Análisis de confiabilidad y consistencia interna de la Subescala de Manía*

	Media de la Escala si se elimina el elemento	Varianza de la Escala si se elimina el elemento	Correlación ítem-Escala corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
52. Me siento excesivamente alegre, sin razón aparente.	46,70	87,771	,362	,861
53. Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones.	47,00	87,590	,356	,861
54. Me siento altamente irritable.	47,17	88,896	,383	,860
55. Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.	47,18	87,754	,434	,859
56. Me cuesta tolerar el fracaso.	46,81	87,117	,363	,861
57. Me quejo mucho.	46,92	87,430	,435	,859
58. Hago comentarios hostiles.	47,17	88,120	,436	,859
59. Presento un aumento excesivo en mi autoestima.	46,95	87,616	,343	,861
60. Soy poco realista en mi autocrítica.	47,12	86,960	,422	,859
61. Siento que soy mucho mejor que los demás.	47,24	88,462	,348	,861

62. Creo que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.	46,41	90,347	,150	,867
63. Duermo más de lo normal o muy poco, sin motivo aparente.	46,76	84,808	,491	,857
64. Me cuesta conciliar el sueño.	46,98	87,603	,339	,861
65. Siento que mientras duermo pierdo mucho tiempo.	47,23	88,420	,306	,862
66. Hablo sin cesar sin tener la intención de comunicarme con los demás.	47,47	89,733	,374	,860
67. Hablo muy rápido, fuerte y es difícil interrumpirme.	47,30	88,409	,397	,860
68. Incluyo en mi discurso juegos de palabras e impertinencias.	47,29	87,612	,482	,858
69. Siento que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.	47,02	85,994	,538	,856
70. Continuamente hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	47,20	86,175	,572	,855
71. Me distraigo fácilmente.	46,66	85,986	,456	,858
72. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	47,09	87,260	,458	,858
73. Permanezco inquieto(a) la mayor parte del tiempo.	46,98	86,665	,487	,857
74. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo	47,17	88,510	,381	,860
75. Compró desmesuradamente elemento que realmente no necesito.	47,27	87,806	,443	,858
76. Dejo muchas actividades sin terminar o finalizar.	47,13	89,160	,360	,860
77. Siento un aumento irrefrenable en mi apetito sexual.	47,17	86,789	,423	,859

78. Percibo un aumento en mi actividad sexual.	47,05	87,900	,338	,861
79. Siento que mi desempeño laboral y/o académico a disminuido notablemente.	47,17	88,630	,363	,860
80. Siento que relaciones familiares han desmejorado	47,15	87,972	,353	,861

8.1.3. Análisis de validez de constructo: Análisis Factorial de la Escala EMTA.

En consecuencia con los resultados obtenidos en la presente fase (Fase 2) se desarrollaron dos análisis factoriales de componentes principales (uno para la Subescala de Manía y otro para la de Depresión) para fortalecer la evidencia asociada con la validez de constructo de la Escala EMTA. El método empleado fue el de componentes principales con un criterio de rotación, *Varimax*, buscando el mejor ajuste en la agrupación de los ítems con el criterio de *Máxima Verosimilitud*.

A continuación se presentan de forma detallada los principales hallazgos obtenidos, los cuales permitieron conformarse la agrupación de los Ítems en las 5 dimensiones identificadas, en cada una de las Escalas. En cada uno de los casos se presentará: **a)** La medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de Bartlett como criterios de ajuste de cada uno de los dos modelos en configuraciones factoriales, **b)** El resumen de la tabla de varianza total explicada por los 5 componentes, **c)** La matriz de componentes rotados, que brinda evidencia de la agrupación de los ítems en los 5 componentes principales que corresponden a cada una de las dimensiones, y **d)** El gráfico tridimensional de componentes de espacio rotados.

Subescala de Depresión

Tal como se presenta en la tabla 22 la sub Escala de depresión cumple con los criterios de ajuste de adecuación muestral de esfericidad de Bartlett con una significación del 99%.

TABLA 22.*La medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett.Subescala de Depresión.*

<i>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.</i>		,856
<i>Prueba de esfericidad de Bartlett</i>	Chi-cuadrado aproximado	5809,868
	Gl	1081
	Sig.	,000

Los 5 componentes identificados, con autovalores superiores a 1, comprenden un 48 % de la varianza total explicada, en ellos el mayor aporte lo brinda el primer componente con un 11%, en contraste con el 5 componente que aporta un 8,89%. Tal como se ilustra en la tabla 23.

TABLA 23.*Varianza total explicada de la Subescala de Depresión.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,708	27,529	27,529	7,708	27,529	27,529	3,082	11,007	11,007
2	1,760	6,287	33,816	1,760	6,287	33,816	2,779	9,923	20,931
3	1,519	5,426	39,242	1,519	5,426	39,242	2,639	9,426	30,357
4	1,292	4,616	43,858	1,292	4,616	43,858	2,496	8,914	39,271
5	1,206	4,307	48,166	1,206	4,307	48,166	2,491	8,895	48,166

A continuación, en la tabla 24 se identifica la agrupación factorial de los ítems en cada uno de los 5 componentes identificados, los cuales a su vez corresponde a las dimensiones de análisis de la Subescala de Depresión. Cabe anotar que algunos ítems presenta carga factoriales superiores a 0,30 en varios componentes; Sin embargo se tomo como primer criterio de discriminación la magnitud de la carga factorial y en segunda instancia la dimensión conceptual para la identificación de los componentes que se realizo a través de la designación de diversos colores a cada componente.

TABLA 24.***Matriz de componentes rotados de la Subescala de Depresión.***

	Componente				
	1	2	3	4	5
37. No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes.	,679				
40. Pienso más lento de lo habitual.	,634				
35. Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales.	,607				
25. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	,604				
15. Suelo tener menos iniciativa que antes.	,530				
41. El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.	,530		,341		
9. Las cosas que me gustaban ya no interesan.	,495				
39. Me cuesta concentrarme.	,492				
36. Me siento fatigado(a).	,488			,333	
34. Me siento cansado(a) sin razón aparente.	,478	,346			
42. Me cuesta cumplir con mis responsabilidades.	,469		,320		
38. Me cuesta tomar decisiones.	,426		,301		
12. Mis actividades favoritas ahora me aburren.	,408				,326
27. Hablo menos de lo habitual.	,405		,342		,332

14. Presento una disminución en mi deseo sexual.	,220			,298
13. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas.	,300			
6. No me encuentro satisfecho(a) con ella.		,300		
45. He planeado acabar con mi vida.	,728			
44. He pensado en quitarme la vida.	,721			
46. He intentado acabar con mi vida	,611			
4. En el último mes he sentido muchas ganas de llorar.	,537			
43. Pienso en la muerte.	,489	,296		
1. Me siento muy triste y/o deprimido(a).	,452		,325	
7. Me siento solo(a).	,414			
2. Me siento sin esperanzas.	,400			
3. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo.	,340			
47. He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.	,309	,337		
28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.		,300		
8. Siento que todo en mi vida está perdido.		,678		
31. Pienso que los demás estarían mejor sin mí.		,661		
30. Siento que todo lo malo que pasa es mi culpa.		,656		
29. Siento que no soy útil ni necesario (a).	,317	,445		
32. Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco.	,318	,440		
5. Siento que mi vida está vacía.	,423	,430		
33. Siento que todo lo que me sucede es un castigo	,311	,425		
23. Me despierto constantemente en las noches.			,725	
21. Tengo problemas para conciliar el sueño.			,629	
20. Me levanto mas temprano de lo habitual, sin motivo aparente.			,514	
24. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente.			,475	

22. Al levantarme me siento muy cansado (a).	,383	,461	
17. Presento una disminución significativa de mi apetito.			,659
16. He bajado notablemente de peso.			,614
19. Presento un aumento significativo de mi apetito.	,327	,403	-,435
18. Recientemente presento un aumento significativo de peso.	,388	,390	-,411
10. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes.			,399
11. No me interesa ver ni hablar con los demás.			,376
26. Me es difícil sonreír.	,300		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

A continuación se ilustra en la Figura 2, el mapa de configuración factorial de los ítems en un espacio tridimensional. Este mapa permite identificar las proximidades entre los ítems, que a su vez hace parte de las intercorrelaciones que sustentan las agrupaciones obtenidas en los 5 componentes principales.

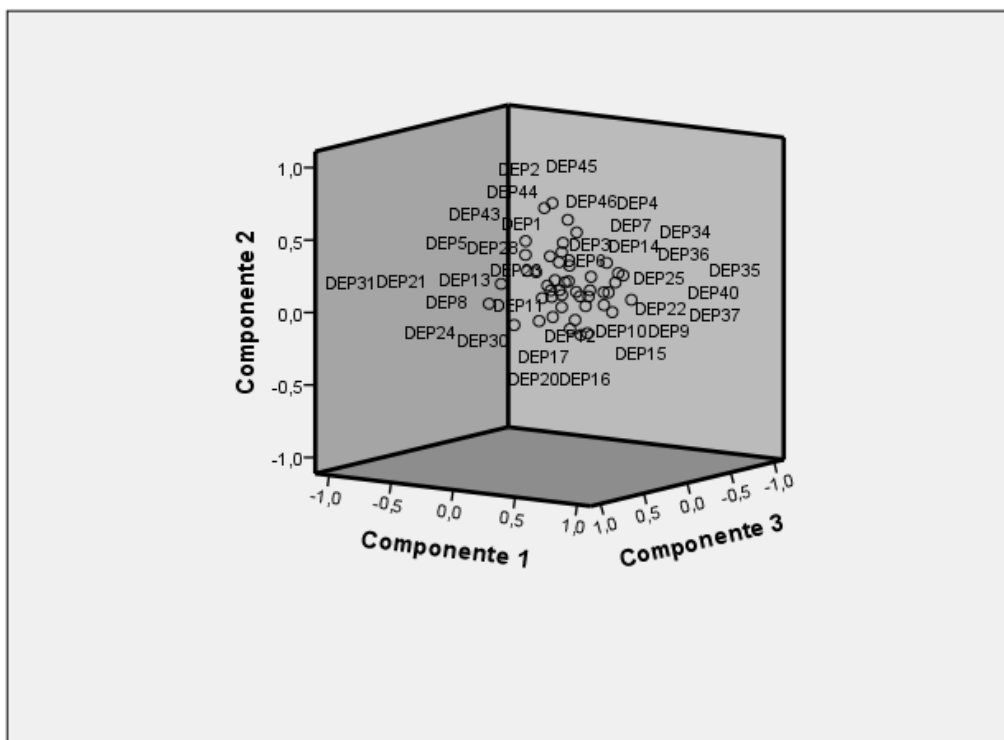


Figura 2. Componentes en espacio rotado. Subescala de Depresión.

Subescala de Manía

En primera instancia se puede identificar en la tabla 25 que la Subescala de Manía cumple con los criterios de adecuación muestral de *KMO* y el ajuste desde la *Prueba de Esfericidad de Bartlett* a una configuración factorial con un 99% de significación.

TABLA 25.

La medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett. Subescala de Manía.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,845	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-	
	cuadrado	2917,212
	aproximado	
	Gl	406
	Sig.	,000

El análisis de la varianza total explicada para la Subescala de Manía permitió la identificación de 5 componentes principales, con autovalores superiores a 1 los cuales explican un 48% del modelo, y en tal sentido el primer componente aporta el 11,49% y el último componente aporta el 6,48%. Tal como se muestra en la tabla 26.

TABLA 26.

Varianza total explicada de la Subescala de Manía.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,417	22,126	22,126	6,417	22,126	22,126	3,332	11,490	11,490
2	2,474	8,531	30,658	2,474	8,531	30,658	3,143	10,837	22,327
3	1,538	5,304	35,962	1,538	5,304	35,962	2,590	8,931	31,258
4	1,443	4,976	40,938	1,443	4,976	40,938	2,166	7,469	38,727
5	1,241	4,279	45,216	1,241	4,279	45,216	1,882	6,489	45,216

A continuación se identifica la agrupación factorial de los ítems en cada uno de los 5 componentes identificados, los cuales a su vez corresponde a las dimensiones de análisis de la Subescala de Manía. Cabe anotar que al igual que en el caso de la Subescala de Depresión, algunos ítems presenta carga factoriales superiores a 0,30 en varios componentes; Sin embargo se tomo como primer criterio de discriminación la magnitud de la carga factorial y en segunda instancia la dimensión conceptual para la identificación de

los componentes que se realizo a través de la asignación de diversos colores a cada componente. En la Tabla 27 se ilustran dichos hallazgo.

TABLA 27.

Matriz de componentes rotados de la Subescala de Manía.

	Componente				
	1	2	3	4	5
58. Hago comentarios hostiles.	,648				
68. Incluyo en mi discurso juegos de palabras e impertinencias.	,624				
69. Siento que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.	,615				
67. Hablo muy rápido, fuerte y es difícil interrumpirme.	,590				
57. Me quejo mucho.	,579	,326			
55. Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.	,477	,344			
70. Continuamente hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	,477			,330	
66. Hablo sin cesar sin tener la intención de comunicarme con los demás.	,448			,321	
71. Me distraigo fácilmente.		,692			
79. Siento que mi desempeño laboral y/o académico a disminuido notablemente.		,682			
72. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.		,581			
80. Siento que relaciones familiares han desmejorado		,566			
76. Dejo muchas actividades sin terminar o finalizar.		,524			
54. Me siento altamente irritable.	,310	,409			
65. Siento que mientras duermo pierdo mucho tiempo.		,322			
59. Presento un aumento excesivo en mi autoestima.			,709		
53. Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones.			,686		
52. Me siento excesivamente alegre, sin razón aparente.			,682		
62. Creo que soy muy bueno(a) en todo lo que			,539	,301	

hago.					
60. Soy poco realista en mi autocrítica.	,357		,437		
56. Me cuesta tolerar el fracaso.	,323	,313	,390		
74. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo				,673	
73. Permanezco inquieto(a) la mayor parte del tiempo.				,557	
75. Compro desmesuradamente elemento que realmente no necesito.		,327	,540		
61. Siento que soy mucho mejor que los demás.			,374	,429	,363
64. Me cuesta conciliar el sueño.				,389	
63. Duermo más de lo normal o muy poco, sin motivo aparente.	,302	,368		,369	
78. Percibo un aumento en mi actividad sexual.					,879
77. Siento un aumento irrefrenable en mi apetito sexual.					,829

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

A continuación se ilustra el mapa de configuración factorial de los ítems de la Subescala de Manía en un espacio tridimensional. Este mapa permite identificar las proximidades entre los ítems, que a su vez hace parte de las intercorrelaciones que sustentan las agrupaciones obtenidas en los 5 componentes principales. Tal como se ilustra en la Figura 3.

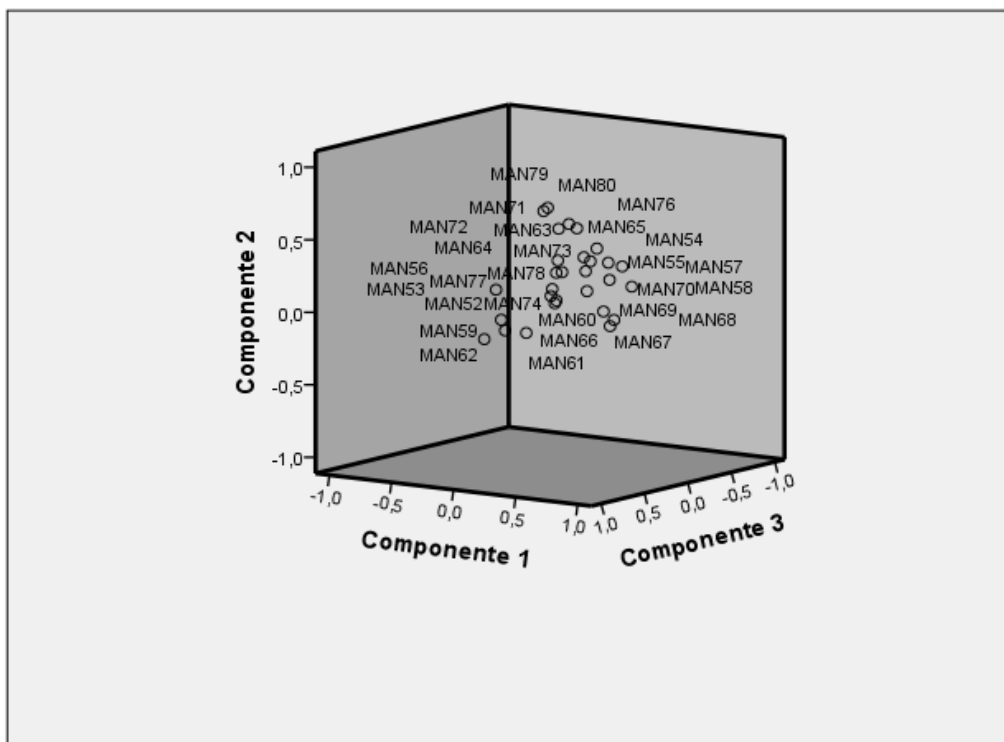


Figura 3. Componentes en espacio rotado de la Subescala de Manía.

8.1.4. Análisis de validez de Criterio: Escala EMTA, Inventario de Depresión de Beck y Escala Autoaplicada de Altman.

A continuación se presenta los análisis de correlación establecidos entre las Subescalas de Depresión/Manía, de la Escala EMTA, y el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Autoaplicada de Altman, respectivamente, las cuales fueron empleadas como pruebas de criterio concurrente. Cabe anotar que en primera instancia se estimaron los *Índice Alfa de Cronbach* los cuales correspondieron para el caso del inventario de Beck de (α : ,791) y para la Escala Auto Aplicada de Altman (α : ,566). A partir delo anterior se evidencia que en la muestra objeto de estudio la Escala de Beck se comporto de manera

confiable, mientras que la Escala de Altman presenta un bajo nivel de confiabilidad, lo cual hace que sus puntajes tiendan a hacer inestables.

Subescala de Depresión

En la tabla 28 se puede identificar que existe una correlación directamente proporcional de alta magnitud y estadísticamente significativa del 99%, entre los puntajes de la Escala de depresión de Beck y la Subescala de Depresión de EMTA, con índice de Correlación de Pearson de $\sigma = ,715$. Los resultados de este índice brindan evidencia de la validez de criterio que guarda la Subescala de Depresión de EMTA frente a una Escala clínica de uso tradicional, ampliamente reconocido por la literatura científica y en el desarrollo investigativo.

TABLA 28.

Correlaciones de la Subescala de Depresión con el Inventario de Depresión de Beck.

		Depresión EMTA (pt)	Depresión Beck (pt)
Depresión EMTA (pt)	Correlación de Pearson	1	,715**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	374	374
Depresión Beck (pt)	Correlación de Pearson	,715**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	374	384

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Subescala de Manía

A diferencia de los hallazgos mencionados en relación con la validez de criterio en la Subescala de Depresión, para el caso de la Subescala de Manía se identificó un índice de correlación de Pearson ($\alpha: ,025$) el cual permite identificar que la Escala Autoaplicada de

Altman no es criterio solido para la Subescala de Manía, de la Escala EMTA. En este sentido un factor crítico corresponde al bajo nivel de confiabilidad observado en esta Escala, lo cual a su vez se convierte en una limitante; Sin embargo, la ausencia de correlación brinda un valor agregado en cuanto al nivel de discriminación que tiene la Subescala de Manía de EMTA frente a la de Altman (Ver tabla 29). Estos hallazgos hacen necesaria la identificación de una Escala diferente que pueda servir como criterio valido, tomando referencia de sus niveles de confiabilidad.

TABLA 29.

Correlaciones de la Subescala de Manía con la Escala Autoaplicada de Manía de Altman.

		Manía Altman (pt)	Manía EMTA (pt)
Manía Altman (pt)	Correlación de Pearson	1	,025
	Sig. (bilateral)		,627
	N	384	384
Manía EMTA (pt)	Correlación de Pearson	,025	1
	Sig. (bilateral)	,627	
	N	384	384

8.2. *Análisis psicométrico de la Escala EMTA desde el modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).*

A continuación se exponen los resultados arrojados por el análisis estadístico realizado en el marco de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), a través del Software Winsteps; tanto para la Subescala de Depresión como para la Subescala de Manía. Inicialmente se ilustran los hallazgos generados tras el análisis de los ítems de cada Subescala, que por extensión se han representado por el primer Ítem de cada

Subescala(Ítem 1 y 52 para la Subescala de Depresión y Manía respectivamente), y posteriormente se ilustran los resultados derivados del análisis general de cada Subescalas.

Subescala de Depresión

La figura 4, permite ilustrar las diferentes distribuciones probabilísticas de cada uno de los grados de respuesta (nunca: rojo), (a veces: azul), (casi siempre: fucsia) y (siempre: verde) para el ítem 1 y en este sentido se evidencia que existe una tendencia monótonica creciente en cada una de las curvas y su relación con los niveles de Depresión reportados por la muestra de estudio.

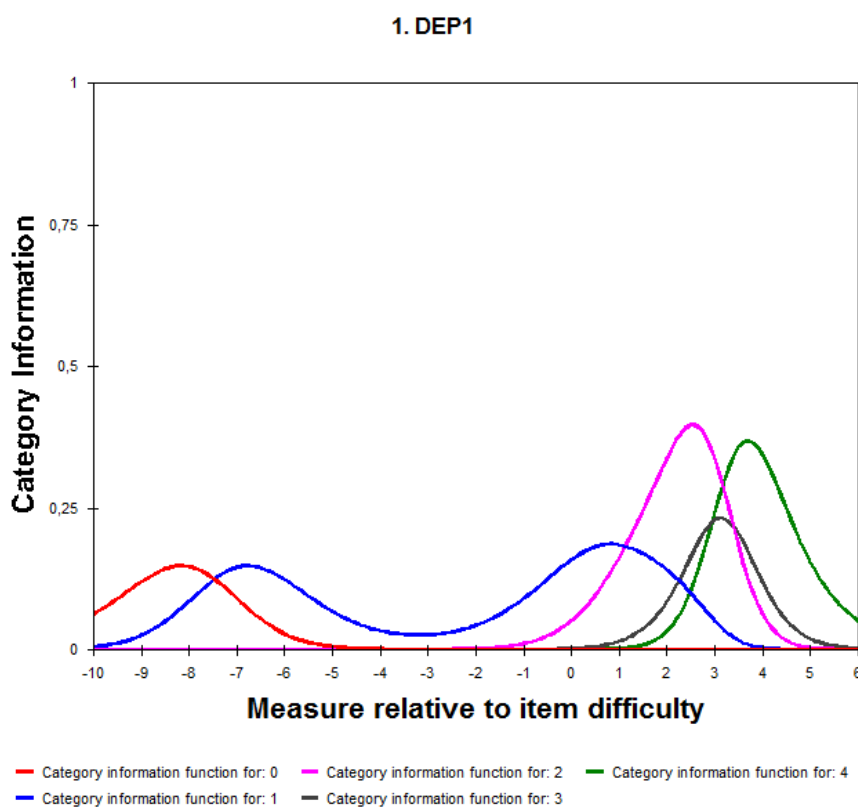


Figura 4. Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión.

La figura 5, permite ilustrar las distribuciones de probabilidad asociadas con los niveles de dificultad/habilidad, referidos a la variable latente que en este caso corresponde al nivel de Depresión, en tal sentido se puede observar el principal contraste entre la curva roja perteneciente a la categoría “nunca” la cual es decreciente a medida que aumenta el nivel de depresión y la curva verde perteneciente a la categoría “siempre” la cual es creciente a medida que aumenta el nivel de depresión. Estos resultados son consistentes con el Modelamiento desde la Teoría de Respuesta al Ítem.

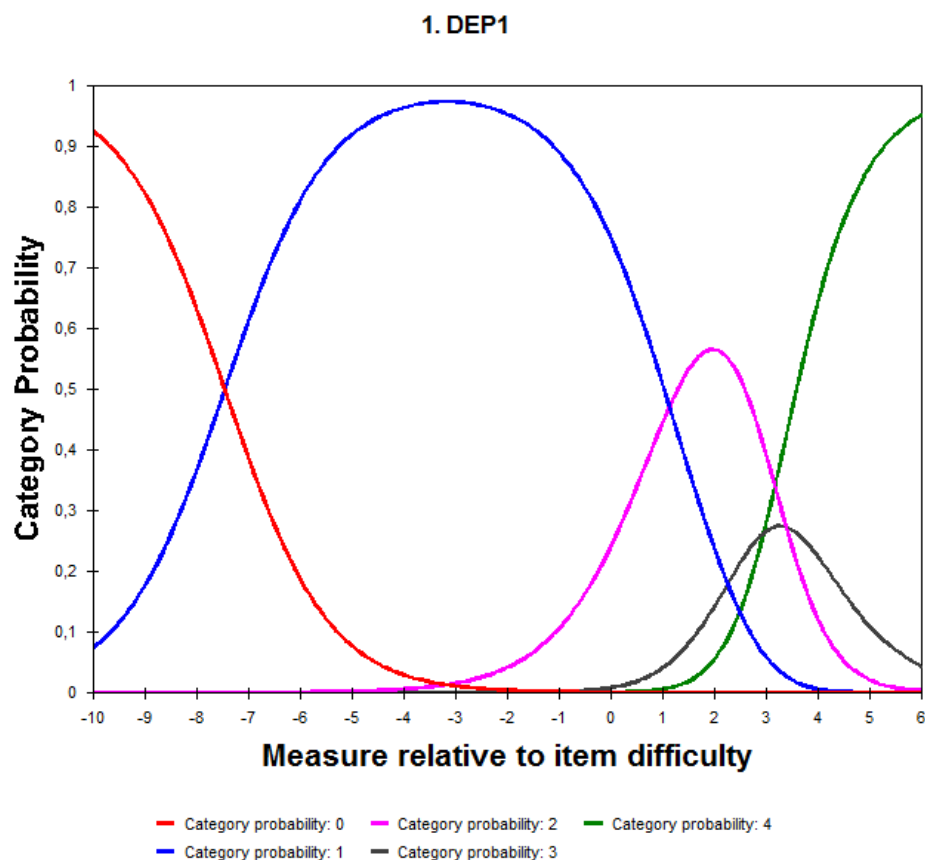


Figura 5. Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” (θ) del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre) ajustado al Modelo TRI: Subescala de Depresión.

En la figura 6, se puede observar como las curvas se ordenan jerárquicamente en relación con el nivel de estimación media (cuando la probabilidad es igual a 0,5) del grado de depresión asociado. En tal sentido las personas que marcaron la opción “nunca” presentan los menores niveles (Θ) de depresión mientras que quienes marcaron la opción “siempre” presentaron los mayores niveles (Θ) de depresión

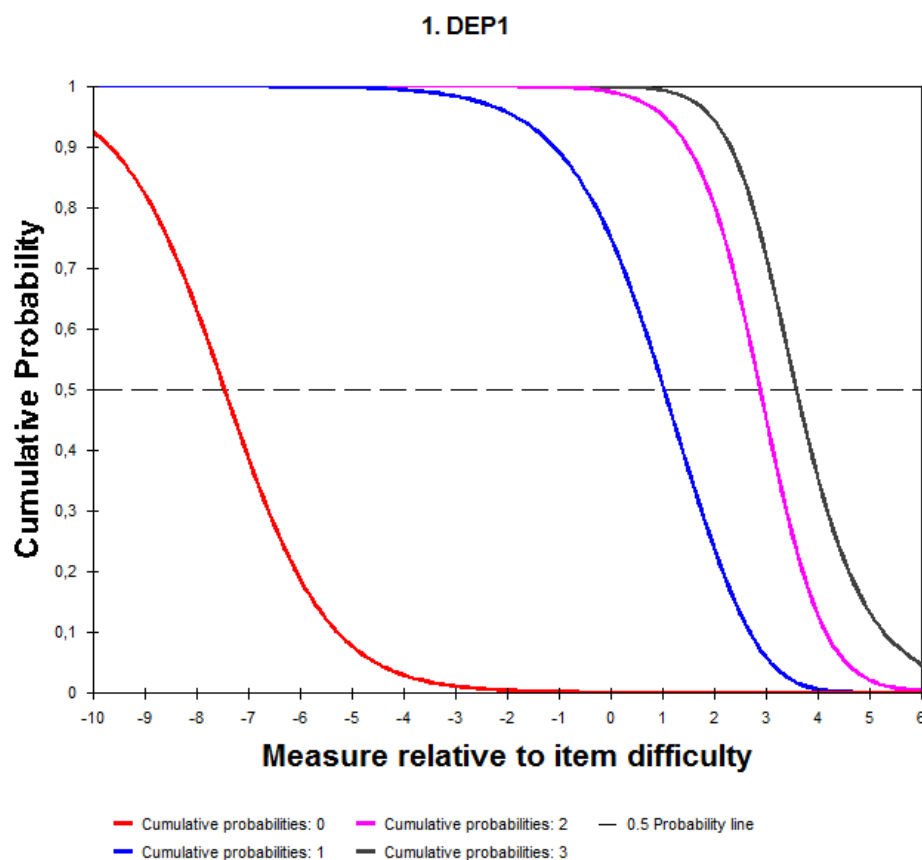


Figura 6. Comparación de las Curvas Probabilísticas asociadas a los Niveles de Intensidad (Θ) del Ítem 1 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Depresión.

.Tal como se aprecia en la figura 7, cada uno de los ítems presenta una curva acumulada característica y el trazo de esta curva se aproxima a una Distribución Logyt, por lo tanto tiende a ajustarse al modelo desde la Teoría de Respuesta al Ítem.

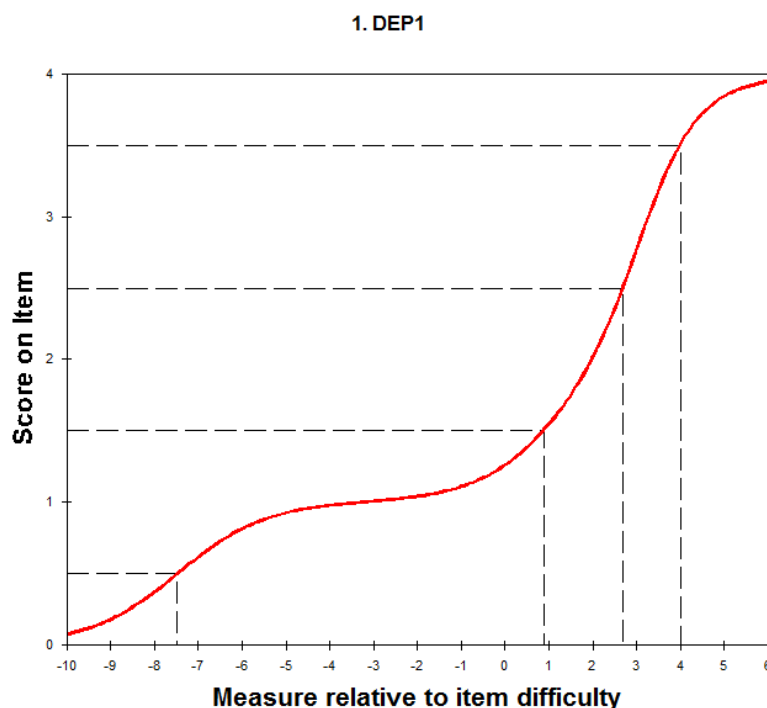


Figura 7. *Curva característica del Ítem 1 en la Función Logística (Θ): Subescala de Depresión.*

La figura 8, permite ilustrar desde una perspectiva inferencial el nivel de ajuste entre los valores observados y la función de estimación logística para el Ítem 1. En tal sentido se puede apreciar como la mayoría de los puntos de estimación observados (*) se encuentran ubicados dentro de la banda de estimación establecida al 95%, constituyendo una evidencia adicional del ajuste del ítem a la Escala y de su aporte en la función de información para el Modelo de Medición Logística de la Depresión.

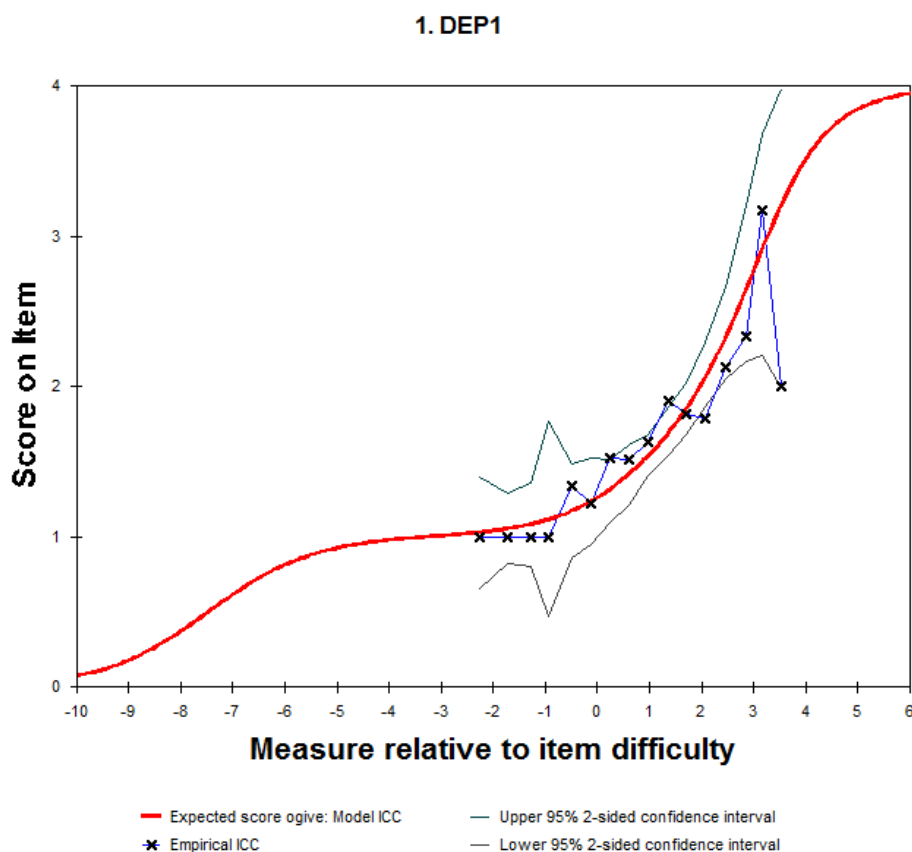


Figura 8. Curva característica del Ítem 1 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (Θ): Subescala de Depresión.

La figura 9, permite ilustrar la función de estimación de los puntajes directos observados en la Subescala de Depresión (Eje Y) y el nivel (Θ) asociado con la estimación logística de la Depresión desde el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem. En este orden de ideas una persona que presenta un puntaje observado de 47 tendría un valor (Θ) equivalente de (-5) aproximadamente. Estos puntajes de equivalencia se describen de forma detallada en la Tabla de Equivalencias entre Puntajes Directos y Puntajes Logyt.

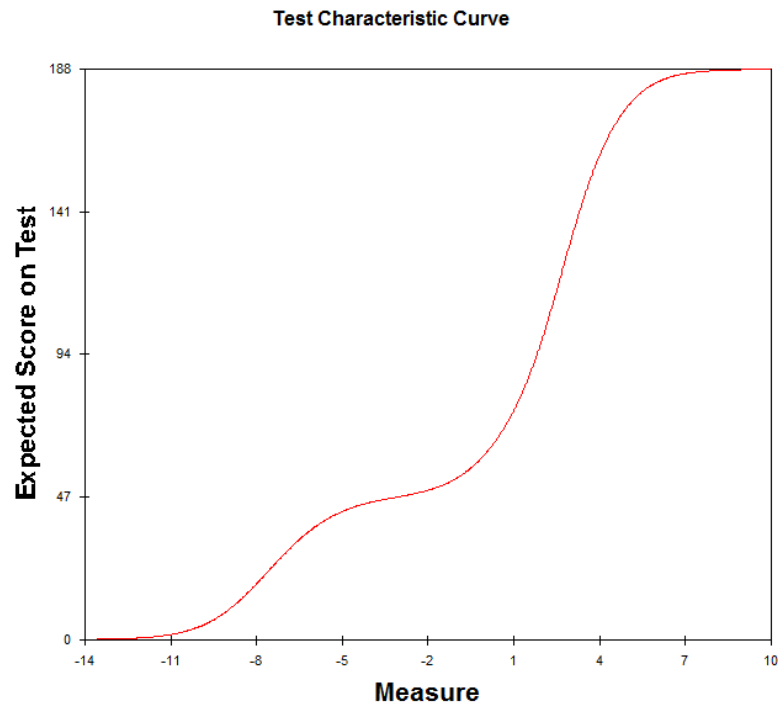


Figura 9. *Curva Característica General de la Subescala de Depresión en Función Logística (Θ).*

La figura 10, permite brindar evidencia del nivel de ajuste general de la Función de Información de la Subescala de Depresión con un nivel del 95% de confiabilidad, tomando como referencia el ajuste establecido entre la curva empírica (observada) y la curva estimada desde el Modelo de Teoría de Respuesta al Ítem. Cabe anotar que las bandas de ajuste (Infit- Outfit) permiten establecer un criterio de optimización asociado con la estimación de los puntajes a nivel Logyt (Θ).

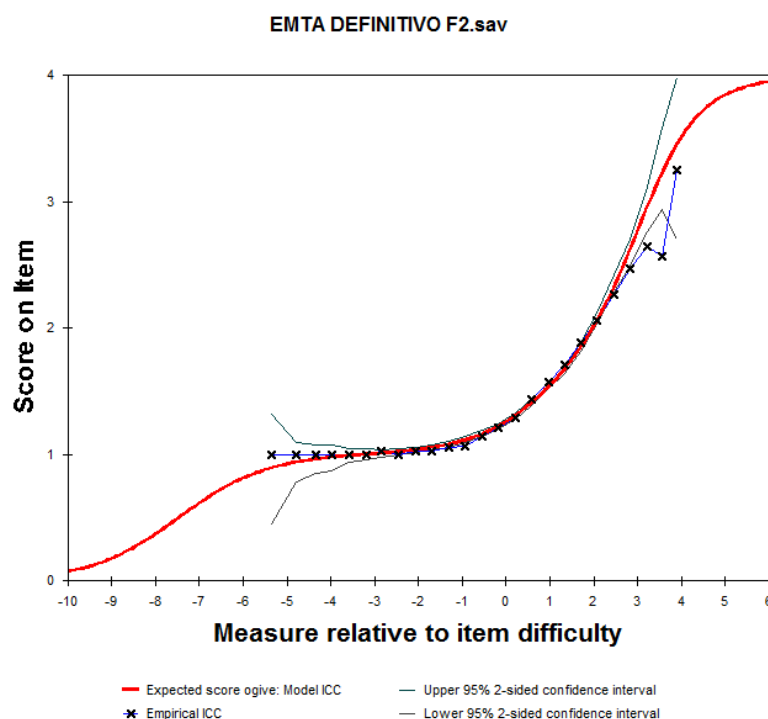


Figura 10. *Curva característica de la Subescala de Depresión con bandas de ajuste (Infit-Outfit): Subescala de Depresión.*

En la figura 11, se establece como cada una de las curvas de estimación del nivel relativo de dificultad / habilidad generales asociadas con las probabilidades de respuesta (nunca, a veces, casi siempre y siempre) se jerarquizan de forma monotónicamente creciente. Esto indica que las personas que tienden a marcar en mayor medida la opción “nunca en color rojo” a su vez tienden a presentar los menores niveles de Depresión en función del valor (Θ), mientras que los que tienden a marcar sistemáticamente la opción “siempre” son los que a su vez presentan los mayores niveles de estimación en el valor (Θ) asociado con el grado de Depresión.

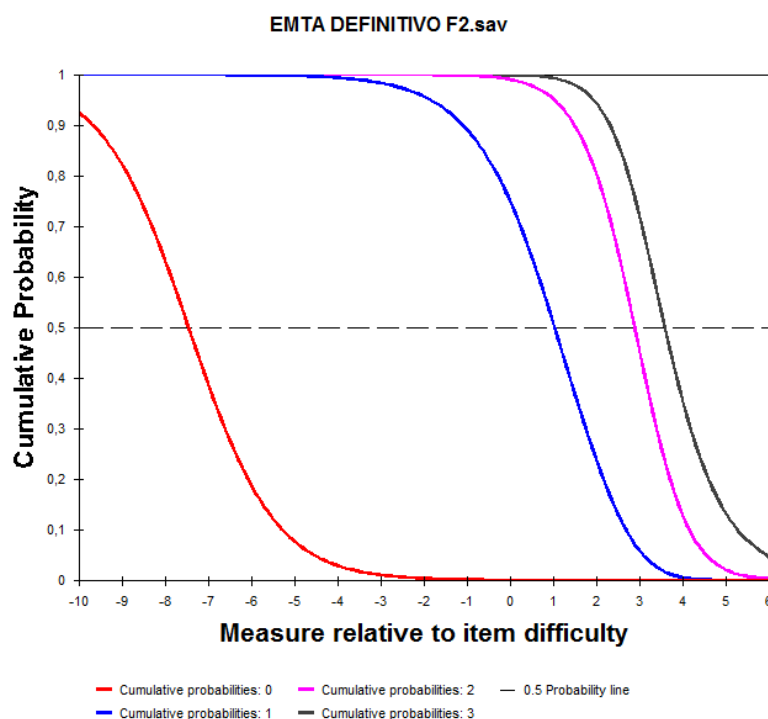


Figura 11. Comparación de las Curvas de Probabilidad asociadas con la intensidad estimada en (θ) para cada uno de los patrones generales de respuesta en la Escala (nunca – siempre): Subescala de Depresión.

La figura 12, presenta la función de información general de la Subescala de Depresión, en la cual se identifica una primera tendencia de un subgrupo de los participantes con los menores niveles de depresión oscilando sobre el valor (θ) de (-8) y una segunda tendencia del grupo que es la representativa asociada con un valor (θ) medio aproximado de (3). En este sentido se puede observar que en su mayoría los niveles tienden a ser relativos entre estas dos tendencias.

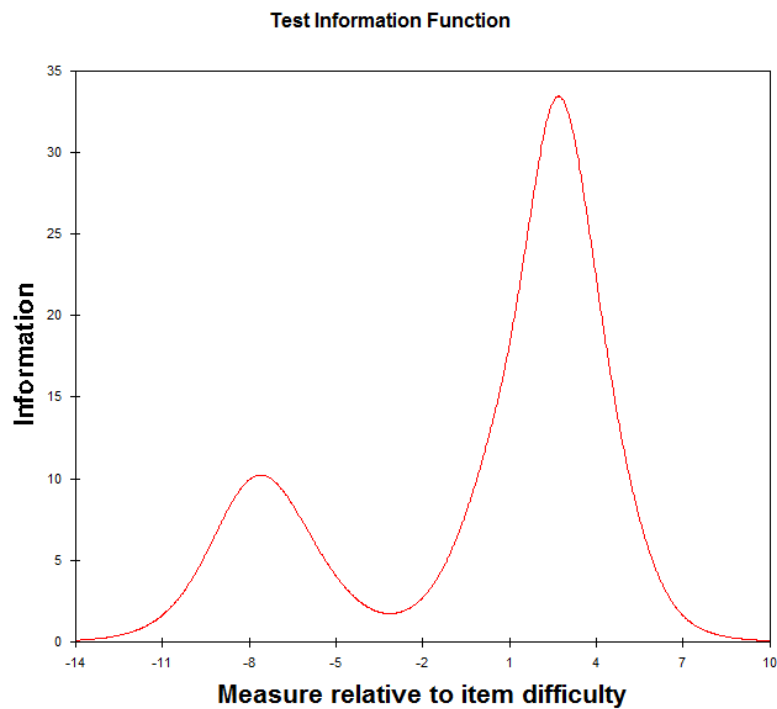


Figura 12. *Función de información: Subescala de Depresión.*

La figura 13, permite adelantar un análisis comparativo de los niveles de funcionamiento diferencial estimados, de los cuales se resaltan los ítems 8, 44 y 46, son los ítems que permiten evidenciar un espectro particular de su sensibilidad en la estimación de la dificultad/habilidad que en este caso en particular se asocia con los niveles de depresión.

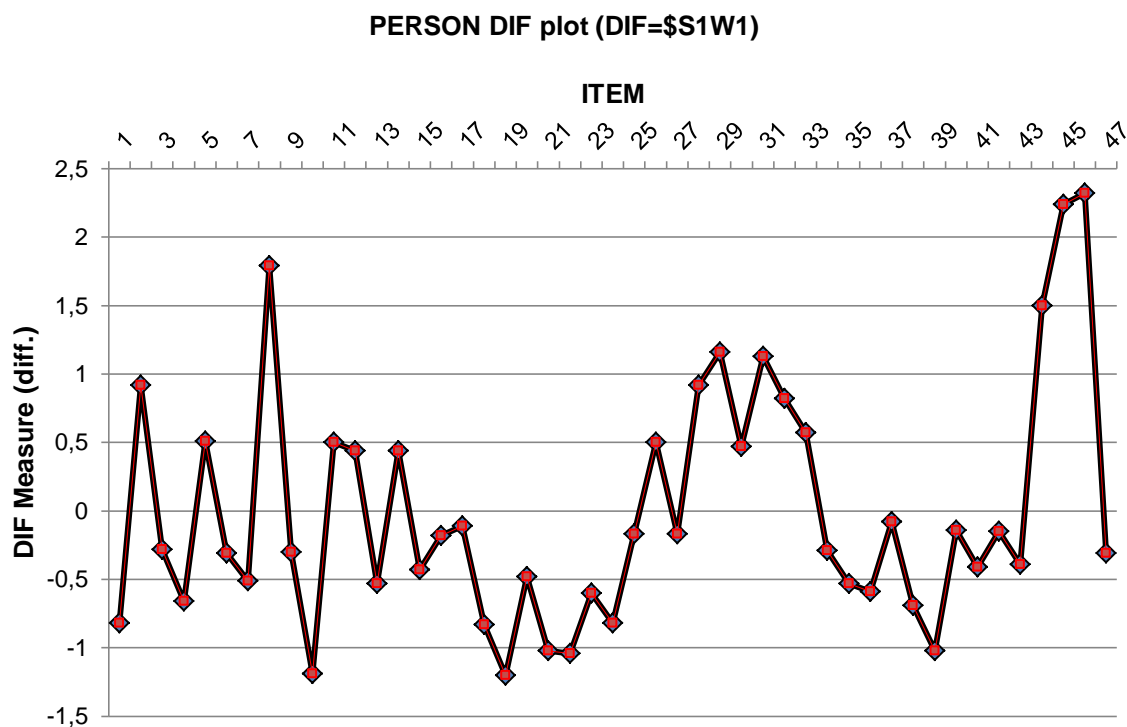


Figura 13. *Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del ajuste de los Ítems: Subescala de Depresión.*

La figura 14, comprende el perfil del funcionamiento diferencial en la estimación de los niveles de depresión en la muestra de participantes, en tal sentido entre más alto sea el valor (Θ) de habilidad, mayor es el correspondiente nivel de depresión estimado. En particular se pueden resaltar los casos de los sujetos con valores superiores a (2). En contraste se podría identificar a las personas que presentan los menores niveles de estimación del valor (Θ) asociado con la depresión con valores menores a (-2).

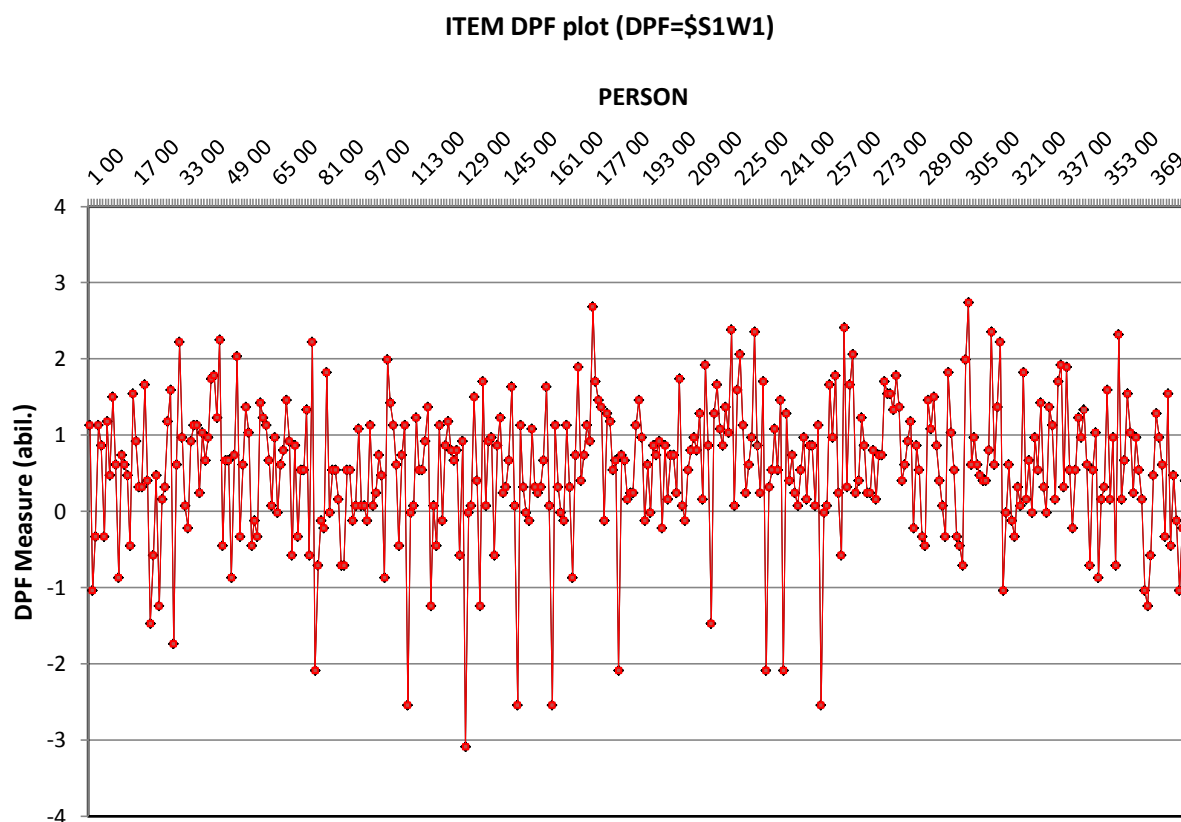


Figura 14. *Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función de la muestra de referencia: Subescala de Depresión.*

La figura 15, permite contrastar el histograma de estimación del valor (Θ) para la distribución de los niveles de depresión obtenidos en las personas y su marco de referencia con los niveles de estimación de la distribución de los niveles medios de Logyt estimados en los ítems. En particular, se puede evidenciar que en las personas existe un subgrupo que presenta los niveles mínimos por debajo del valor (Θ) equivalente a (-1,5). Cabe resaltar la tendencia media en los ítems estimada sobre un nivel de (Θ) equivalente a (-0,5). De otra parte se evidencia una tendencia de distribución normal en las personas y en los ítems una

tendencia asimétrica positiva que se orienta más a menores niveles de estimación de la depresión dado que esta es una muestra NO clínica.

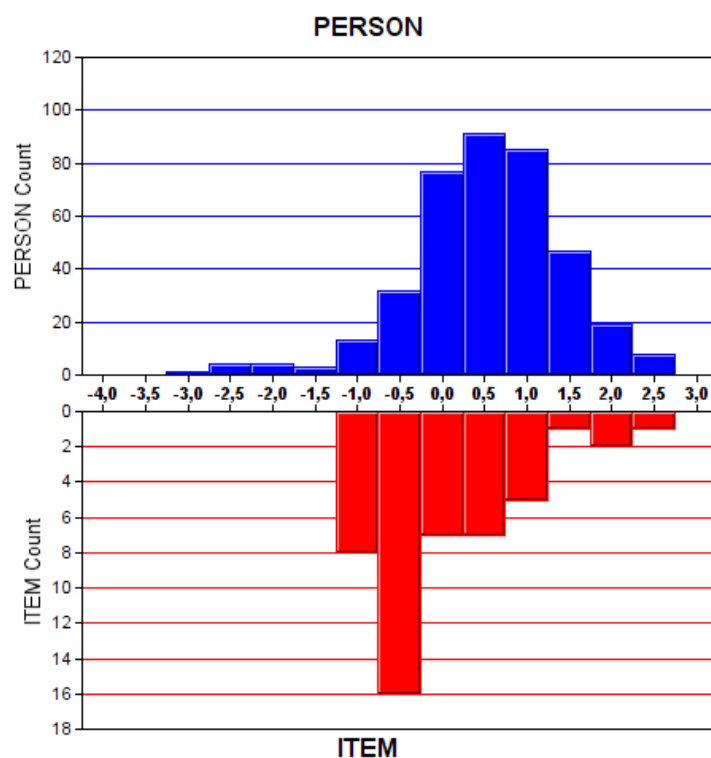


Figura 15. Histograma comparativo de las funciones de distribución (Θ) de las personas y los ítems en la Estimación de la Subescala de Depresión.

Finalmente se presenta el Mapa de los Ítems en función del nivel de ajuste (infit-outfit) y error estándar de medida comparados por su nivel (Θ) (Figura 16) para cada uno de los ítems de la Subescala de depresión. En este diagrama se puede observar como los ítems 1, 39, 22, 21, 10, 24, 18 y 19, son los que presentan los menores niveles de (Θ) asociados con la estimación del nivel de depresión, mientras que los ítems 46, 45, 8, 44, 31, 34 y 29, son los que presentan los mayores niveles de (Θ) asociados con la estimación del nivel de depresión.

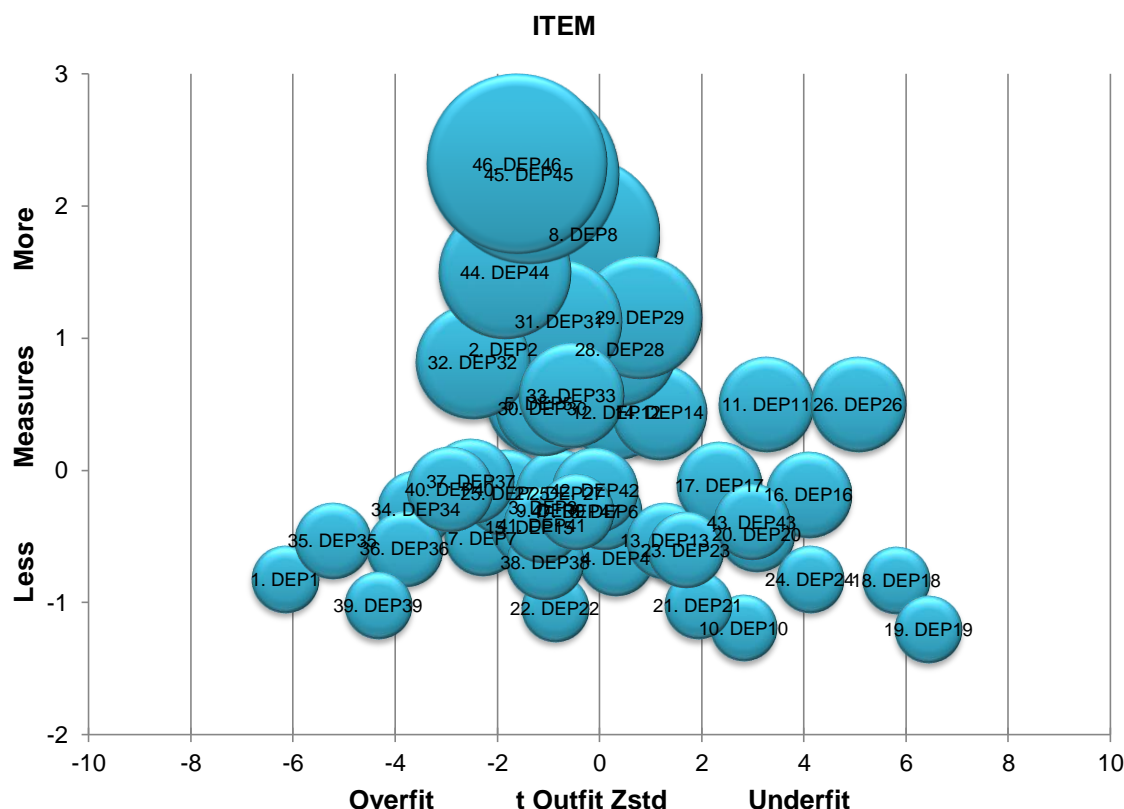


Figura 16. Mapa de los Ítems en función del nivel de ajuste (infít-outfit) y error estándar de medida comparado por su nivel (Θ): Subescala de Depresión.

La tabla 30, presenta el resumen descriptivo del análisis tanto para las 384 personas como para los 47 ítems desde el Modelo de Teoría de Respuesta al Ítem. En particular la confiabilidad estimada para las personas es de (.90), mientras que para el modelo de ajuste de estimación de los ítems es de (.99), En el caso de las personas el puntaje directo promedio fue de (71 equivalente a un (Θ) de .55) con un mínimo de 47 correspondiente a un valor (Θ) de (-3.09) y un máximo de 123 equivalente a un (Θ) de (2.32). En este caso los valores teóricos oscilan entre (0 y 188).

En el caso de los ítems los puntajes deben entenderse entre un continuo establecido con un valor mínimo teórico de (0 en el caso en que todas las personas marcaran la opción “nunca” en el ítem) y máximo teórico de (1152 en el caso en que todas las personas marcaran la opción “siempre”). A partir de este marco interpretativo, cabe resaltar que el promedio de puntuación para los ítems fue 580,7 que dividido entre 384 es (1,51) lo cual corresponde a una tendencia aproximada entre “nunca “ y “a veces”, lo cual es consistente con la naturaleza de la muestra de participantes de carácter NO clínica. Finalmente cabe anotar que bajo el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem el promedio de estimación (Θ) de los ítems es (0) y oscila con un valor mínimo de (-1,2) y máximo de (2,32).

TABLA 30.***Resumen de Análisis de Ítems: Depresión***

SUMMARY OF 384 MEASURE PERSON								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	71.1	47.0	.55	.28	1.02	.0	.99	.0
S.D.	13.1	.0	.90	.09	.39	1.4	.43	1.4
MAX.	123.0	47.0	2.74	.76	2.66	4.7	3.38	6.1
MIN.	47.0	47.0	-3.09	.17	.03	-3.5	.02	-3.1
Real	RMSE	.31	TRUE SD	.85	SEPARATION	2.75	PERSON RELIABILITY	.88
Model	RMSE	.29	TRUE SD	.85	SEPARATION	2.94	PERSON RELIABILITY	.99
S.E OF PERSON MEAN = .05								
PERSON RAW SCORE – TO – MEASURE CORRELATION = .93								
CRONBACH ALPHA (KR-20) PERSON RAW SCORE “TEST” REALIABILITY = .90								
SUMMARY OF 47 MEASURE ITEM								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	580.7	384.0	.00	.10	1.03	.1	.99	-.1
S.D.	90.8	.0	.85	.03	.25	3.0	.26	2.7
MAX.	755.0	384.0	2.32	.19	1.62	7.1	1.66	6.4
MIN.	409.0	384.0	-1.20	.07	.49	-7.9	.56	-6.2
Real	RMSE	.10	TRUE SD	.85	SEPARATION	8.10	PERSON RELIABILITY	.99

Model	RMSE	.10	TRUE SD	.85	SEPARATION	8.49	PERSON RELIABILITY	.99
S.E OF PERSON MEAN = .13								
Umean=.0000 Uscale=1.0000								
Item raw score-to-measure correlation = -.97								
18048 data points. Log-likelihood chi-square: 27144.35 with 17615 D.F. p=.0000								
Global root-mean-square residual (excluding extreme scores): .5849								

La tabla 31, permite identificar los indicadores del reporte de credito parcial de la Subescala de Depresión, al respecto cabe anotar que los valores (Θ) observado en cada nivel de respuesta oscilan entre 0,05 y 1,94 frente a los proyectados por el modelo para cada nivel de respuesta oscilan entre-1,93 y 2,32.

TABLA 31***Reporte Modelo de Crédito Parcial: Depresión***

Summary of category structure. model="r"										
Category observed				OBSVD sample		INFIT OUTFIT		ANDRICH	Category	
Label	Score	Count	%	AVRGE	EXPEC	MNSQ	MNSQ	THRESHOLD	Measure	
0	0	14	0	.05	-1.93	1.70	.53	NONE	(-8.56)	0
1	1	10438	58	.02	.05	.99	.98	-7.46	-3.17	1
2	2	6306	35	1.17	1.10	.94	.83	1.13	1.98	2
3	3	916	5	1.80	1.78	.97	.99	3.38	3.27	3
4	4	374	2	1.94	2.32	1.25	1.64	2.95	(4.59)	4

En la tabla 32, se pueden apreciar los puntajes de referencia asociados a la Escala de depresión, que van desde 0 hasta 188.

TABLA 32.***Tabla de Puntajes Observados y Escala LOGYT: Depresión.***

TABLE 20.1 EMTA DEFINITIVO F2.sav ZOU264WS.TXT Jun 14 16:05 2013
 INPUT: 384 PERSON 47 ITEM REPORTED: 384 PERSON 47 ITEM 5 CATS WINSTEPS 3.75.1

TABLE OF MEASURES ON TEST OF 47 ITEM

SCORE	MEASURE	S.E.	SCORE	MEASURE	S.E.	SCORE	MEASURE	S.E.
0	-12.79E	1.83	63	.16	.29	126	2.83	.17
1	-11.56	1.02	64	.24	.29	127	2.86	.17
2	-10.84	.73	65	.32	.28	128	2.89	.17
3	-10.40	.60	66	.40	.27	129	2.92	.17
4	-10.08	.53	67	.47	.27	130	2.95	.17
5	-9.82	.48	68	.54	.26	131	2.98	.17
6	-9.61	.45	69	.61	.26	132	3.01	.18
7	-9.42	.42	70	.67	.25	133	3.05	.18
8	-9.25	.40	71	.74	.25	134	3.08	.18
9	-9.10	.38	72	.80	.25	135	3.11	.18
10	-8.96	.37	73	.86	.24	136	3.14	.18
11	-8.83	.36	74	.92	.24	137	3.17	.18
12	-8.70	.35	75	.97	.24	138	3.20	.18
13	-8.58	.34	76	1.03	.23	139	3.23	.18
14	-8.47	.33	77	1.08	.23	140	3.27	.18
15	-8.36	.33	78	1.13	.23	141	3.30	.18
16	-8.25	.32	79	1.18	.22	142	3.33	.18
17	-8.15	.32	80	1.23	.22	143	3.37	.18
18	-8.04	.32	81	1.28	.22	144	3.40	.18
19	-7.94	.32	82	1.33	.22	145	3.44	.19
20	-7.84	.31	83	1.37	.21	146	3.47	.19
21	-7.75	.31	84	1.42	.21	147	3.51	.19
22	-7.65	.31	85	1.46	.21	148	3.54	.19
23	-7.55	.31	86	1.50	.21	149	3.58	.19
24	-7.45	.31	87	1.54	.20	150	3.61	.19
25	-7.35	.31	88	1.59	.20	151	3.65	.19
26	-7.25	.32	89	1.63	.20	152	3.69	.20
27	-7.15	.32	90	1.67	.20	153	3.73	.20
28	-7.05	.32	91	1.70	.20	154	3.77	.20
29	-6.95	.32	92	1.74	.19	155	3.81	.20
30	-6.84	.33	93	1.78	.19	156	3.85	.20
31	-6.73	.33	94	1.82	.19	157	3.89	.21
32	-6.62	.34	95	1.85	.19	158	3.93	.21
33	-6.50	.34	96	1.89	.19	159	3.98	.21
34	-6.38	.35	97	1.92	.19	160	4.02	.21
35	-6.25	.36	98	1.96	.19	161	4.07	.22
36	-6.12	.37	99	1.99	.18	162	4.12	.22
37	-5.98	.38	100	2.03	.18	163	4.17	.22
38	-5.83	.40	101	2.06	.18	164	4.22	.23
39	-5.66	.41	102	2.09	.18	165	4.27	.23
40	-5.48	.43	103	2.13	.18	166	4.32	.23
41	-5.29	.46	104	2.16	.18	167	4.38	.24
42	-5.06	.49	105	2.19	.18	168	4.43	.24
43	-4.80	.53	106	2.22	.18	169	4.49	.25
44	-4.50	.58	107	2.26	.18	170	4.56	.25
45	-4.12	.65	108	2.29	.18	171	4.62	.26
46	-3.65	.72	109	2.32	.18	172	4.69	.26
47	-3.09	.76	110	2.35	.18	173	4.76	.27
48	-2.54	.71	111	2.38	.18	174	4.84	.28
49	-2.09	.63	112	2.41	.17	175	4.92	.29
50	-1.75	.55	113	2.44	.17	176	5.00	.30
51	-1.47	.50	114	2.47	.17	177	5.10	.31
52	-1.24	.46	115	2.50	.17	178	5.19	.32
53	-1.04	.43	116	2.53	.17	179	5.30	.33
54	-.87	.40	117	2.56	.17	180	5.42	.35
55	-.72	.38	118	2.59	.17	181	5.55	.37
56	-.58	.36	119	2.62	.17	182	5.70	.40
57	-.45	.35	120	2.65	.17	183	5.87	.43
58	-.33	.34	121	2.68	.17	184	6.08	.48
59	-.22	.33	122	2.71	.17	185	6.34	.55
60	-.12	.32	123	2.74	.17	186	6.71	.67
61	-.02	.31	124	2.77	.17	187	7.35	.96
62	.07	.30	125	2.80	.17	188	8.49E	1.80

CURRENT VALUES, UMEAN=.0000 USCALE=1.0000

TO SET MEASURE RANGE AS 0-100, UMEAN=60.0880 USCALE=4.6998

TO SET MEASURE RANGE TO MATCH RAW SCORE RANGE, UMEAN=112.9654 USCALE=8.8357

Predicting Score from Measure: Score = Measure * 10.6264 + 94.1202

Predicting Measure from Score: Measure = Score * .0816 + -7.6808

En la Escala de Guttman (Tabla 33) se aprecia la tendencia decreciente marcada por la muestra. Se observa inicialmente mayores niveles o indicadores de depresión y

sucesivamente van disminuyendo.

Nota: Por motivos de edición se muestran únicamente, el inicio y el final de la tabla, dada su extensión, para la visualización completa de esta tabla se puede consultar los anexos del presente documento.

TABLA 33.

Escalograma de Guttman. Depresión

GUTTMAN SCALOGRAM OF RESPONSES:

PERSON	ITEM
	1122312 3 2313 2144 4 3 122441311312 33 2324 44
	90219841843635705136794365720772401653228194856

305	+4343321234242442222222432223422422244422222222 00
175	+42344412342444233422334314244233211122322122111 00
262	+1144423424244421424241321323232132123122222111 00
223	+4244342323423334332222213222132223321221222111 00
231	+222222324324342224332321222122222133231314232 00
313	+1222312434122232233233221333222122333433222222 00
357	+2233324222323322234222231332213313222223232221 00
46	+23442223334232222222223232223232322222221211 00
32	+1223312324221242332222234222342232134322121211 00
78	+42242142232333224322214242223121321214421112121 00
316	+3222434344422331234223231411212212112222212122 00
226	+14342123232232412123222222223223121222222222 00
265	+144332223122222222321332222214222221242211 00
52	+222234223322222232113222223132312123212142222 00
104	+4344342221121412431212314333324212121121111111 00
304	+23222312332232322223222222222322323222211211 00
214	+1214212212122421123221341224322422213422222111 00
337	+122231333222223332222123233222121221211223132 00
170	+2223312233421221242323222313223322222121111111 00
339	+3233232322332232224142221322213222222121111111 00
83	+324433222232323232112312222343121121111112111 00
298	+33322232223213322223222222222111422111112222 00
324	+3244234222424221211122122441232312211121111111 00
44	+4122241224214231411124211241212214132122122111 00
259	+1311314242124221222323311222142323112222211211 00
280	+2112444243432232122231121221121111242222121211 00
381	+4222212231132243112223233321123112121212221212 00
43	+32222122322223322123223232232231221121221111 00
205	+2321222233142332222124222421121122122112221211 00
137	+222223121222322222244111422414211211212112122 00
176	+4332312232223221221232331231212322221121211111 00
234	+3222323233122331222222212222121122222122221211 00
276	+2212222423422233211211214232222212122421121111 00
336	+232323222221222321222313322323222311211211111 00
20	+3223343233224221221142121122212112212111222121 00
218	+222223232322222123222222212211122122221222122 00
257	+14223133332313231122223212211222221121111222122 00
264	+2232123222332222223213212223221122211211212122 00
147	+3132332223223221222222321222212121222112212211 00
159	+3132332223223221222222321222212121222112212211 00
29	+232323222323212212113221321222222211112122121 00
225	+2122234243131312332221122322212122112112221111 00
353	+4234221221111221222131122222222212122212231123 00
16	+1124312231224221211312212122231312212222221211 00
277	+14234422223122221222213112212412211121211111 00
278	+123321221222322311212222221232341232211211111 00

A continuación se expone el Mapa de Personas e Ítems de la Subescala de Depresión (Tabla 34) donde se puede apreciar el nivel (Θ) reportado por las personas y evidenciado en los Ítems, tienden a una distribución normal, y la ausencia casi generalizada de espacios en la disposición de los Ítems indican la capacidad demostrada de la Subescala para medir todos los niveles del rasgo latente o variable, que para este caso concreto es la Depresión.

Mapa de Personas e Ítems: Subescala de Depresión.

```

MEASURE      PERSON - MAP - ITEM
              <more>|<rare>
3              +
              .# T | DEP45  DEP46
2              .# +
              .##### T | DEP8
              .##### S | DEP44
1  ##### +S DEP2  DEP28  DEP29  DEP31
  ##### M | DEP32  DEP33  DEP5
  ##### | DEP11  DEP12  DEP14  DEP26  DEP30
0  .##### +M DEP17  DEP37  DEP40  DEP42
  .##### S | DEP15  DEP16  DEP20  DEP25  DEP27  DEP3  DEP34  DEP41
  .#### | DEP43  DEP47  DEP6  DEP9
  .## | DEP1  DEP13  DEP18  DEP23  DEP24  DEP35  DEP36  DEP38
              DEP4  DEP7
-1  .# +S DEP21  DEP22  DEP39
  # T | DEP10  DEP19
  . | T
-2  . +
  . |
  . |
-3  . +
    <less>|<frequent>
EACH "#" IS 6. EACH "." IS 1 TO 5

```

Subescala de Manía

La figura 17, permite ilustrar las diferentes distribuciones probabilísticas de cada uno de los grados de respuesta (nunca: rojo), (a veces: azul), (casi siempre: fucsia) y (siempre: verde) para el ítem 1 y en este sentido se evidencia que existe una tendencia monotonica creciente en cada una de las curvas y su relación con los niveles de Manía reportados por la muestra de estudio.

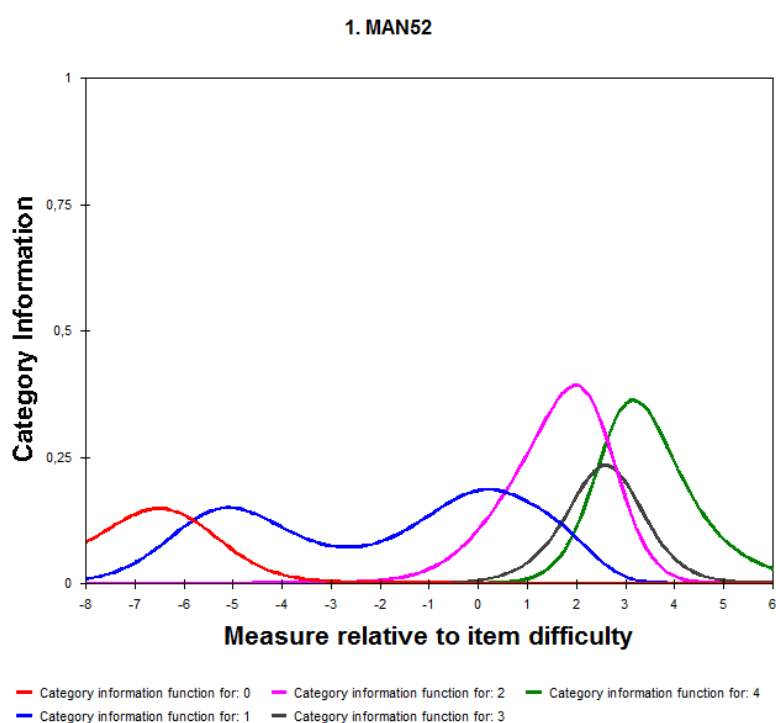


Figura 17. *Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” del Ítem 52 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre): Subescala de Manía.*

La figura 18, permite ilustrar las distribuciones de probabilidad asociadas con los niveles de dificultad/habilidad, referidos a la variable latente que en este caso corresponde al nivel de Manía, en tal sentido se puede observar el principal contraste entre la curva roja perteneciente a la categoría “nunca” la cual es decreciente a medida que aumenta el nivel

de manía y la curva verde perteneciente a la categoría “siempre” la cual es creciente a medida que aumenta el nivel de manía. Estos resultados son consistentes con el Modelamiento desde la Teoría de Respuesta al Ítem.

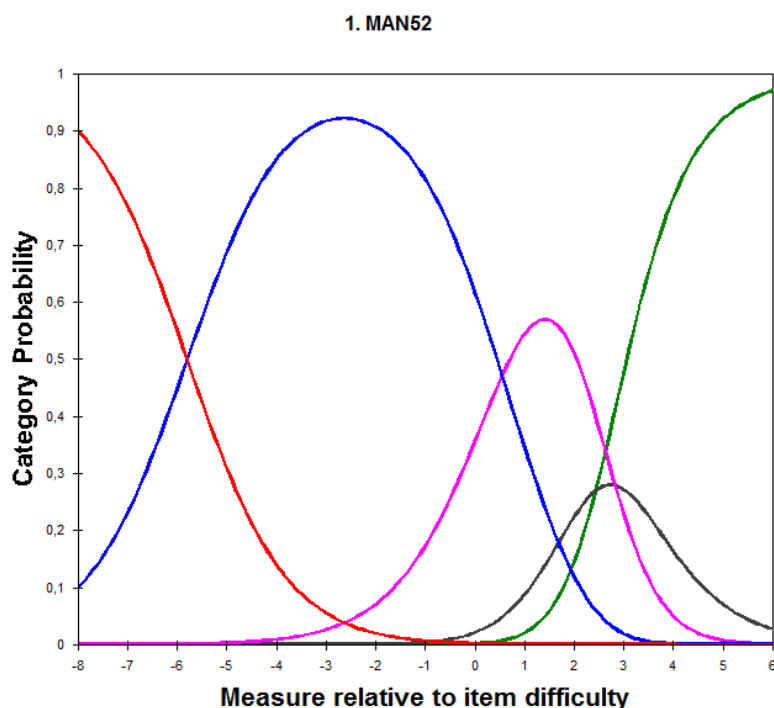


Figura 18. Estimación del nivel de “intensidad/dificultad” (θ) del Ítem 52 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre) ajustado al Modelo TRI: Subescala de Manía.

En la figura 19, se puede observar como las curvas se ordenan jerárquicamente en relación con el nivel de estimación media (cuando la probabilidad es igual a 0,5) del grado de manía asociado. En tal sentido las personas que marcaron la opción “nunca” presentan los menores niveles (θ) de manía mientras que quienes marcaron la opción “siempre” presentaron los mayores niveles (θ) de manía.

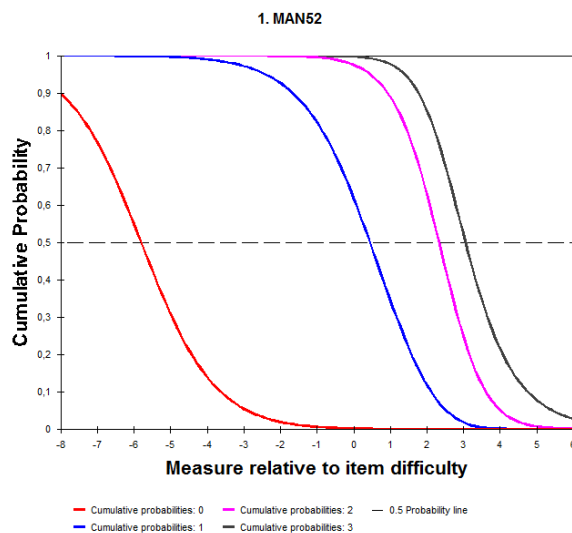


Figura 19. Comparación de las Curvas Probabilísticas asociadas a los Niveles de Intensidad (Θ) del Ítem 52 en función de las 4 categorías de respuesta (nunca – siempre).

Tal como se aprecia en la figura 20, cada uno de los ítems presenta una curva acumulada característica y el trazo de esta curva se aproxima a una Distribución Logyt, por lo tanto tiende a ajustarse al modelo desde la Teoría de Respuesta al Ítem.

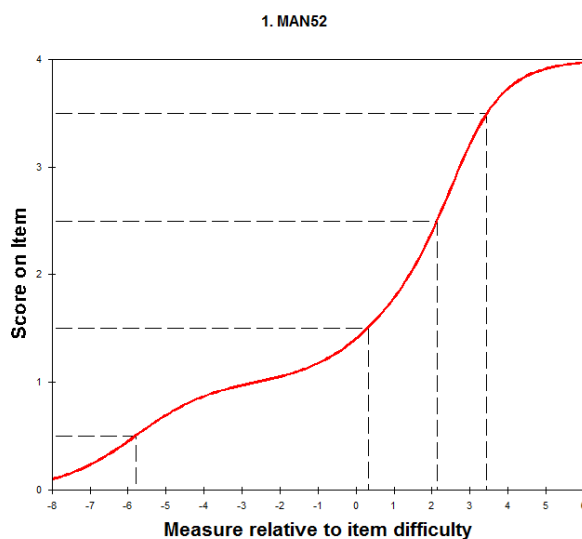


Figura 20. Curva característica del Ítem 52 en la Función Logística (Θ): Subescala de Manía.

La figura 21, permite ilustrar desde una perspectiva inferencial el nivel de ajuste entre los valores observados y la función de estimación logística para el Ítem 1. En tal sentido se puede apreciar como la mayoría de los puntos de estimación observados (*) se encuentran ubicados dentro de la banda de estimación establecida al 95% .constituyendo una evidencia adicional del ajuste del ítem a la Escala y de su aporte en la función de información para el Modelo de Medición Logística de la Manía.

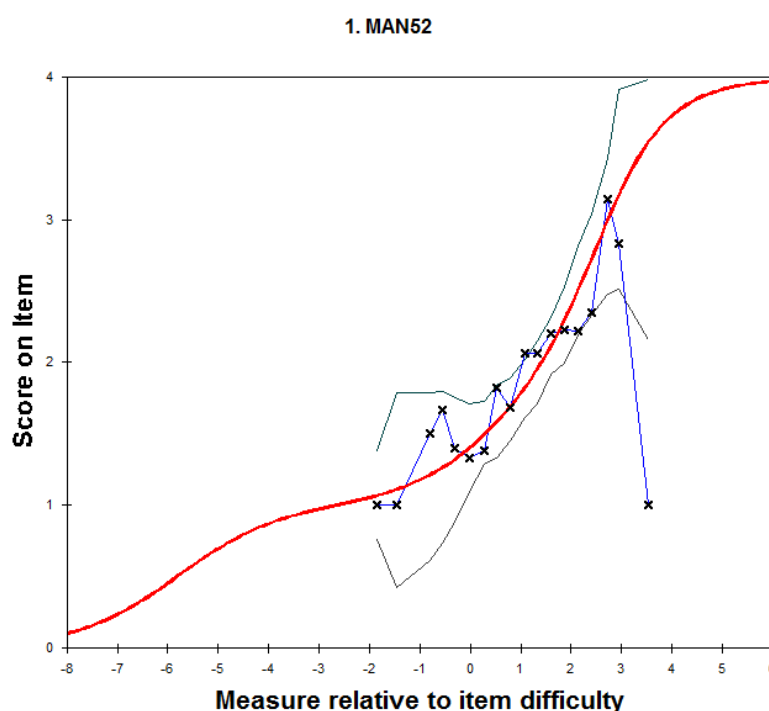


Figura 21. Curva característica del Ítem 52 con bandas de ajuste (Infit-Outfit) en la Función Logística (Θ): Subescala de Manía.

La figura 22, permite ilustrar la función de estimación de los puntajes directos observados en la Subescala de Manía (Eje Y) y el nivel (Θ) asociado con la estimación logística de la Depresión desde el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem. En este orden

de ideas una persona que presenta un puntaje observado de 29 tendría un valor (Θ) equivalente de (-4) aproximadamente. Estos puntajes de equivalencia se describen de forma detallada en la Tabla de Equivalencias entre Puntajes Directos y Puntajes Logyt.

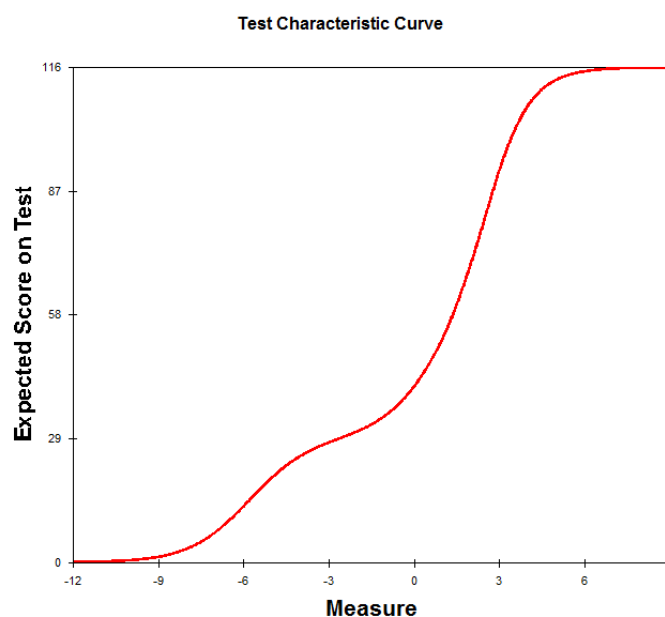


Figura 22. *Curva Característica General de la Subescala de Manía en Función Logística (Θ).*

La figura 23, permite brindar evidencia del nivel de ajuste general de la Función de Información de la Subescala de Manía con un nivel del 95% de confiabilidad, tomando como referencia el ajuste establecido entre la curva empírica (observada) y la curva estimada desde el Modelo de Teoría de Respuesta al Ítem. Cabe anotar que las bandas de ajuste (Infit- Outfit) permiten establecer un criterio de optimización asociado con la estimación de los puntajes a nivel Logyt (Θ).

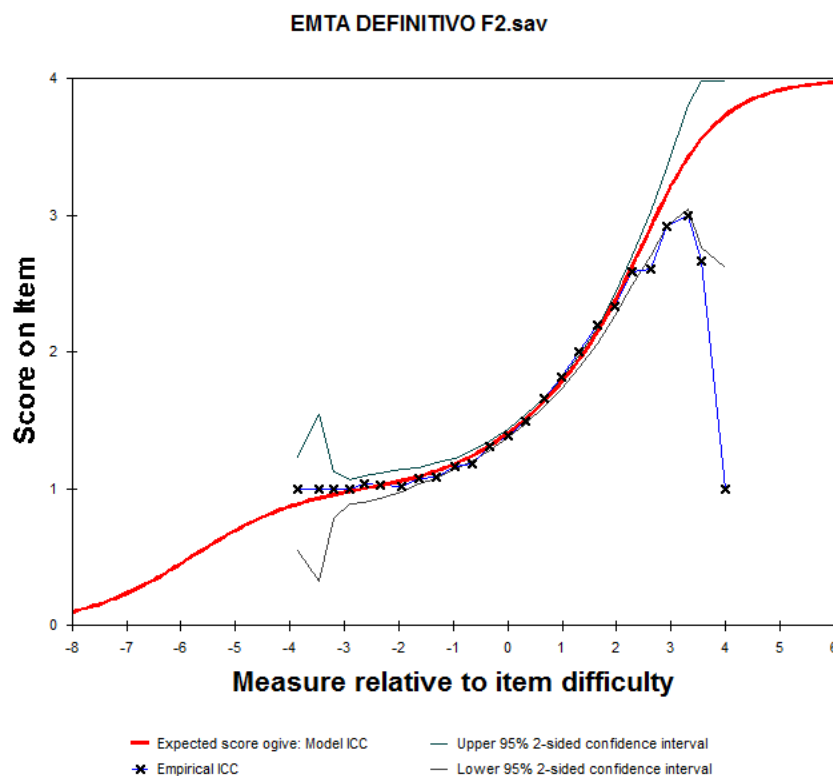


Figura 23. *Curva Característica General de la Subescala de Manía en Función Logística (Θ) con bandas de ajuste (infit – outfit).*

En la figura 24, se establece como cada una de las curvas de estimación del nivel relativo de dificultad / habilidad generales asociadas con las probabilidades de respuesta (nunca, a veces, casi siempre y siempre) se jerarquizan de forma monótonicamente creciente. Esto indica que las personas que tienden a marcar en mayor medida la opción “nunca en color rojo” a su vez tienden a presentar los menores niveles de Manía en función del valor (Θ), mientras que los que tienden a marcar sistemáticamente la opción “siempre” son los que a su vez presentan los mayores niveles de estimación en el valor (Θ) asociado con el grado de Manía.

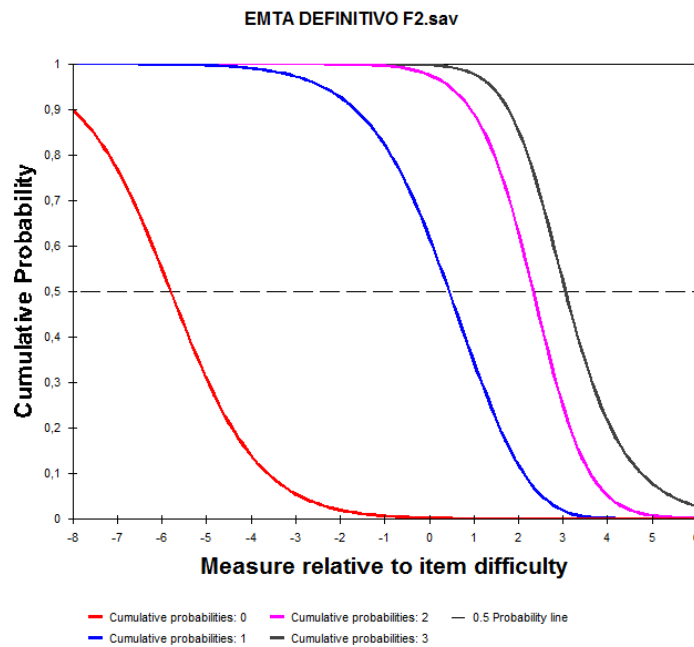


Figura 24. Comparación de las Curvas de Probabilidad asociadas con la intensidad estimada en (θ) para cada uno de los patrones generales de respuesta en la Escala (nunca – siempre): Subescala de Manía.

La figura 25, presenta la función de información general de la Subescala de Manía, en la cual se identifica una primera tendencia de un subgrupo de los participantes con los menores niveles de manía oscilando sobre el valor (θ) de (-6) y una segunda tendencia del grupo que es la representativa asociada con un valor (θ) medio aproximado de (3). En este sentido se puede observar que en su mayoría los niveles tienden a ser relativos entre estas dos tendencias.

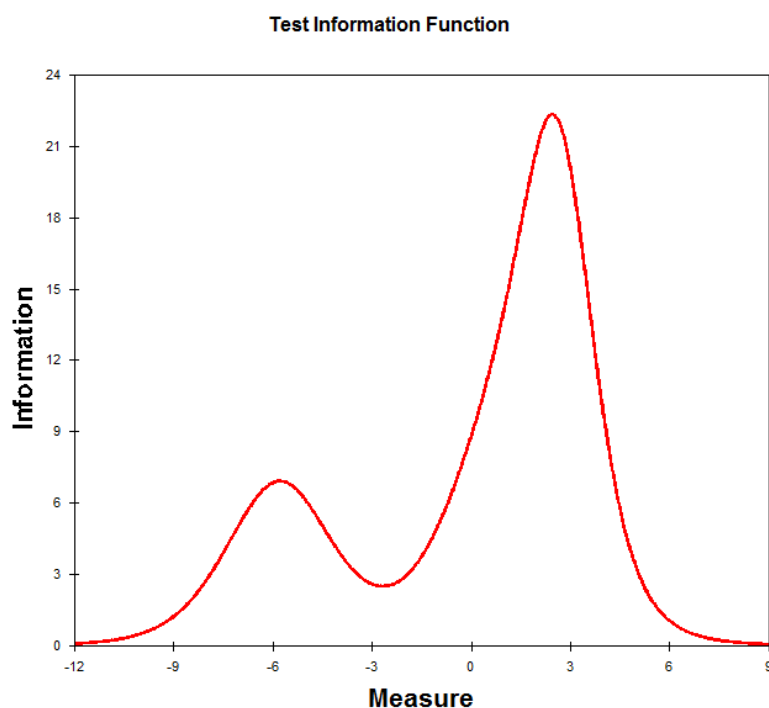


Figura 25. *Función de información. Subescala de Manía.*

La figura 26, permite adelantar un análisis comparativo de los niveles de funcionamiento diferencial estimados, de los cuales se resaltan los ítems 65, 67, y 68, son los ítems que permiten evidenciar un espectro particular de su sensibilidad en la estimación de la dificultad/habilidad que en este caso en particular se asocia con los niveles de manía.

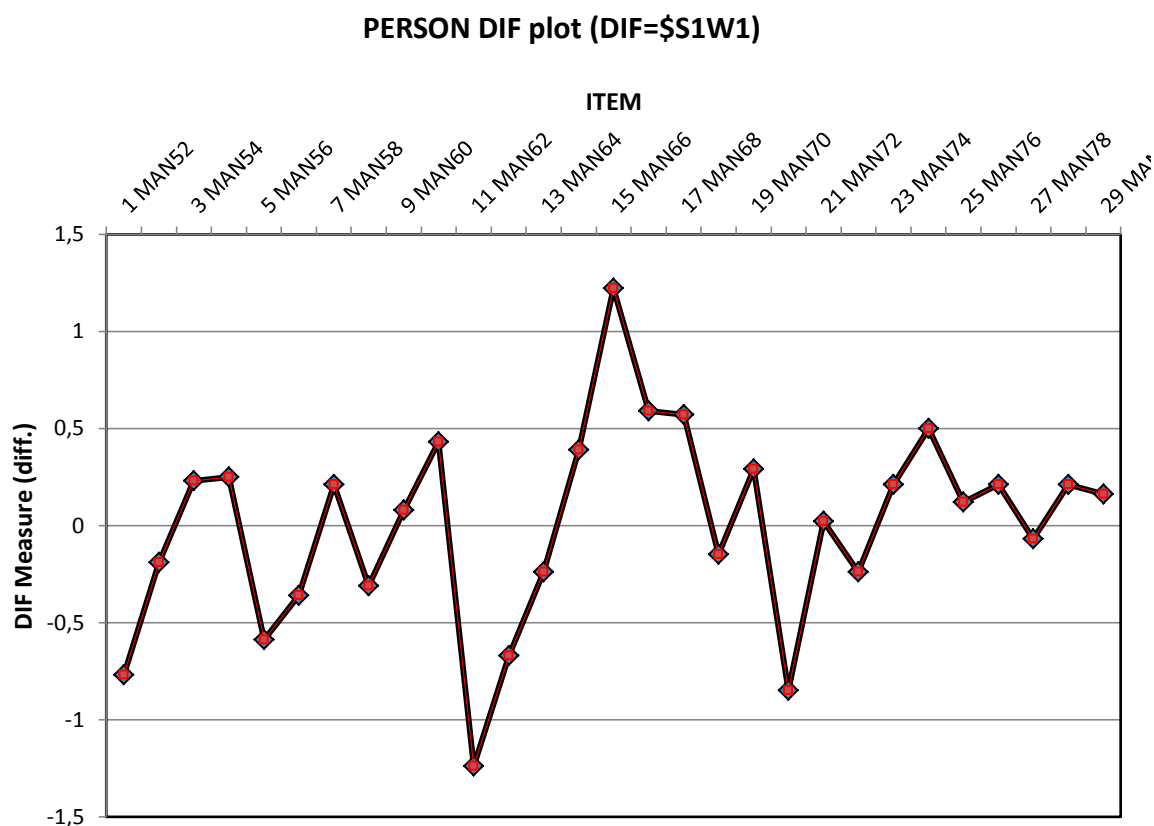


Figura 26. *Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del ajuste de los Ítems: Subescala de Manía.*

La figura 27, comprende el perfil del funcionamiento diferencial en la estimación de los niveles de manía en la muestra de participantes, en tal sentido entre más alto sea el valor (Θ) de habilidad, mayor es el correspondiente nivel de manía estimado. En particular se pueden resaltar los casos de los sujetos con valores superiores a (2). En contraste se podría identificar a las personas que presentan los menores niveles de estimación del valor (Θ) asociado con la manía con valores menores a (-2).

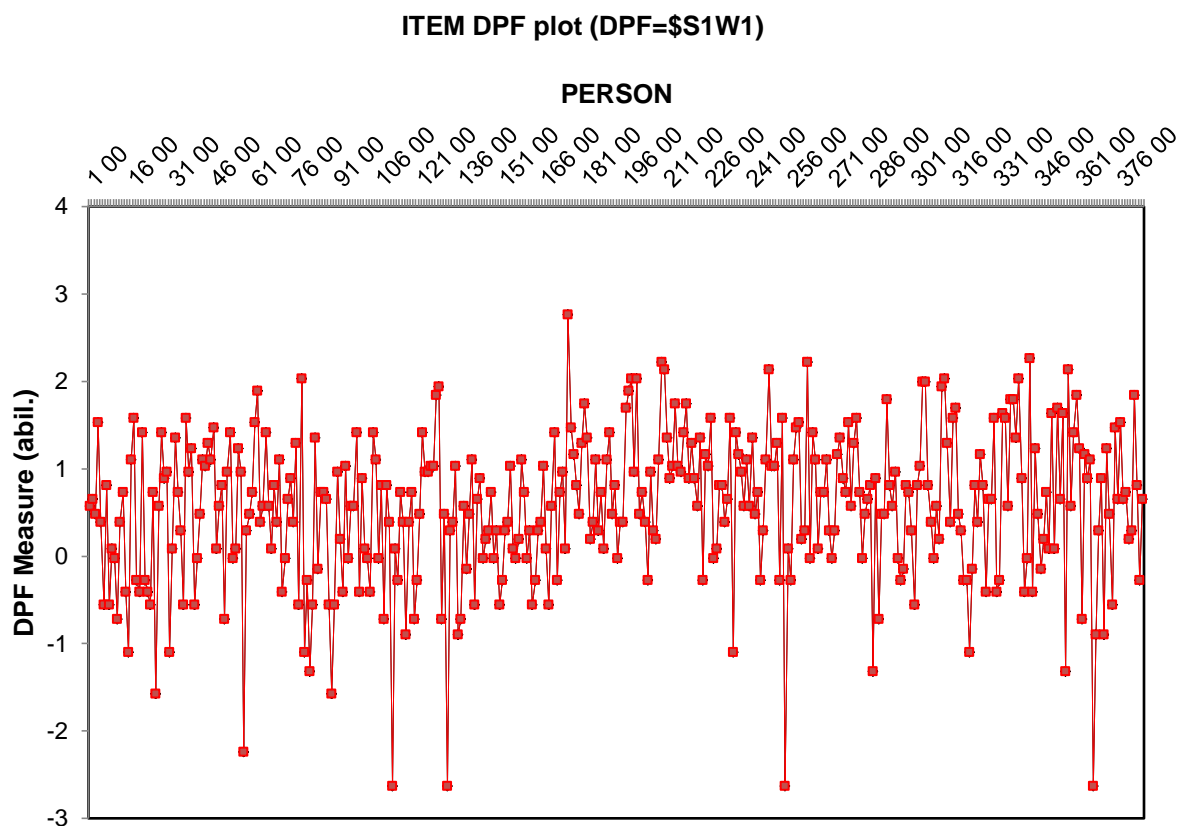


Figura 27. Estimación del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función de la muestra de referencia: Subescala de Manía.

La figura 28, permite contrastar el histograma de estimación del valor (Θ) para la distribución de los niveles de manía obtenidos en las personas y su marco de referencia con los niveles de estimación de la distribución de los niveles medios de Logyt estimados en los ítems. En particular, se puede evidenciar que en las personas existe un subgrupo que presenta los niveles mínimos por debajo del valor (Θ) equivalente a (-2,0). Cabe resaltar la tendencia media en los ítems estimada sobre un nivel de (Θ) equivalente a (-0,5). De otra parte se evidencia una tendencia de distribución normal en las personas y en los ítems una tendencia asimétrica positiva que se orienta más a menores niveles de estimación de la manía dado que esta es una muestra NO clínica.

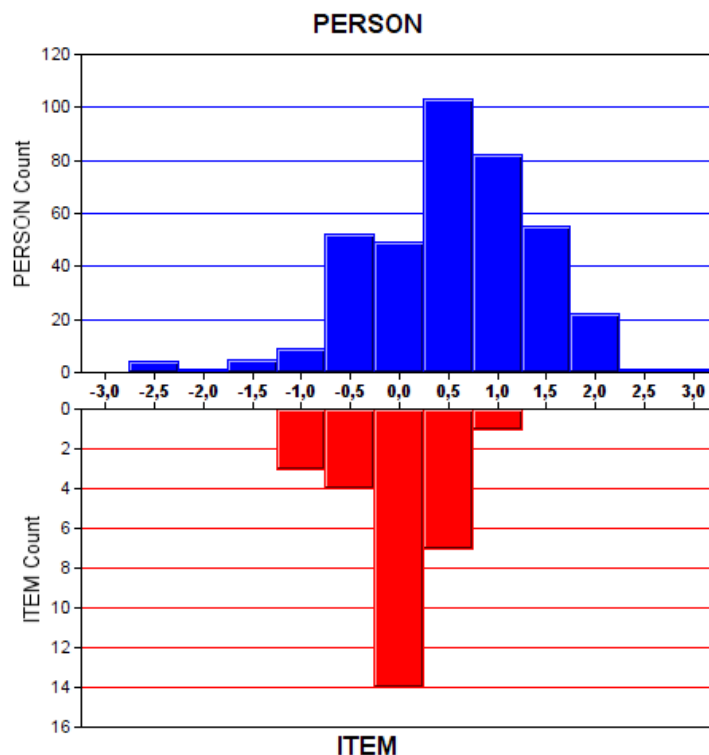


Figura 28. Histograma comparativo de las funciones de distribución (Θ) de las personas y los ítems en la Estimación de la Subescala de Manía.

Finalmente se presenta Mapa de los Ítems en función del nivel de ajuste (infit-outfit) y error estándar de medida comparados por su nivel (Θ) para cada uno de los ítems (Figura 29) de la Subescala de manía. En este diagrama se puede observar como los ítems 71, 52, 56, 63 y 62 son los que presentan los menores niveles de (Θ) asociados con la estimación del nivel de manía, mientras que los ítems 66, 68, 67 y 75 son los que presentan los mayores niveles de (Θ) asociados con la estimación del nivel de manía. Cabe resaltar que el tamaño de los círculos de cada ítem está directamente asociado con su error estándar.

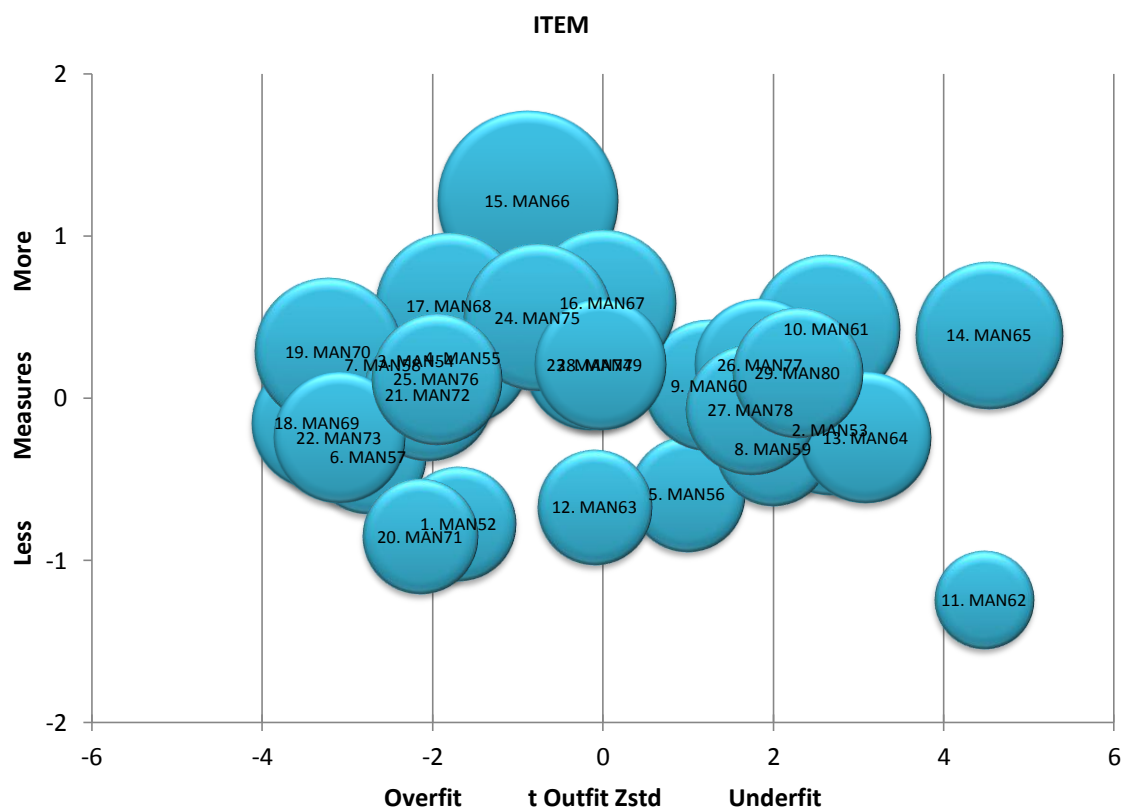


Figura 29. Mapa de los Ítems en función del nivel de ajuste (infít-outfit) y error estándar de medida comparados por su nivel (Θ): Subescala de Manía

La tabla 35, presenta el resumen descriptivo del análisis tanto para las 384 personas como para los 29 ítems desde el Modelo de Teoría de Respuesta al Ítem. En particular la confiabilidad estimada para las personas es de (.87), mientras que para el modelo de ajuste de estimación de los ítems es de (.97), En el caso de las personas el puntaje directo promedio fue de (48.7 equivalente a un (Θ) de .55) con un mínimo de 29 correspondiente a un valor (Θ) de (-2.03) y un máximo de 87 equivalente a un (Θ) de (2.76). En este caso los valores teóricos oscilan entre (0 y 116).

En el caso de los ítems los puntajes deben entenderse entre un continuo establecido con un valor mínimo teórico de (0 en el caso en que todas las personas marcaran la opción “nunca” en el ítem) y máximo teórico de (1152 en el caso en que todas las personas marcaran la opción “siempre”). A partir de este marco interpretativo, cabe resaltar que el promedio de puntuación para los ítems fue 645,4 que dividido entre 384 es (1,68) lo cual corresponde a una tendencia aproximada entre “nunca “ y “a veces”, lo cual es consistente con la naturaleza de la muestra de participantes de carácter NO clínica. Finalmente cabe anotar que bajo el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem el promedio de estimación (Θ) de los ítems es (0) y oscila con un valor mínimo de (-1,24) y máximo de (1,22).

TABLA 35.***Resumen del Análisis de Ítems: Manía***

SUMMARY OF 384 MEASURE PERSON								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	48.7	29.0	.55	.30	1.00	-.1	1.00	-.1
S.D.	9.7	.0	.85	.07	.48	1.5	.48	1.5
MAX.	87.0	29.0	2.76	.63	4.46	6.6	4.36	6.6
MIN.	29.0	29.0	-2.63	.21	.02	-4.7	.02	-4.4
Real	RMSE	.34	TRUE SD	.78	SEPARATION	2.33	PERSON RELIABILITY	.84
Model	RMSE	.31	TRUE SD	.79	SEPARATION	2.53	PERSON RELIABILITY	.87
S.E OF PERSON MEAN = .04								
PERSON RAW SCORE – TO – MEASURE CORRELATION = .96								
CRONBACH ALPHA (KR-20) PERSON RAW SCORE “TEST” REALIABILITY = .86								
SUMMARY OF 47 MEASURE ITEM								
	Total score	Count	Measure	Model Error	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
MEAN	645.4	384.0	.00	.08	1.02	.1	1.00	-.1
S.D.	84.7	.0	.50	.01	.21	2.5	.19	2.3
MAX.	895.0	384.0	1.22	.11	1.58	5.7	1.45	4.5
MIN.	490.0	384.0	-1.24	.06	.76	-3.2	.74	-3.4
Real	RMSE	.08	TRUE SD	.49	SEPARATION	5.83	PERSON RELIABILITY	.97

Model	RMSE	.08	TRUE SD	.49	SEPARATION	6.11	PERSON RELIABILITY	.97
S.E OF PERSON MEAN = .09								
Umean=.0000 Uscale=1.0000								
Item raw score-to-measure correlation = -.99								
11136 data points. Log-likelihood chi-square: 19812.02 with 10721 D.F. p=.0000								
Global root-mean-square residual (excluding extreme scores): .6524								

La tabla 36, permite identificar los indicadores del reporte de credito parcial de la Subescala de Manía, al respecto cabe anotar que los valores (Θ) observado en cada nivel de respuesta oscilan entre 0,42 y 1,70 frente a los proyectados por el modelo para cada nivel de respuesta oscilan entre -1,10 y 1,91.

TABLA 36.

Reporte Modelo de Crédito Parcial: Manía.

Summary of category structure. model="R"										
Category observed				OBSVD sample		INFIT OUTFIT		ANDRICH	Category	
Label	Score	Count	%	AVRGE	EXPECT	MNSQ	MNSQ	THRESHOLD	Measure	
0	0	24	0	.42	-1.10	1.65	.77	NONE	(-6.90)	0
1	1	5132	46	.05	.09	.97	.98	-5.80	-2.63	1
2	2	4743	43	.85	.80	.96	.90	.55	1.41	2
3	3	849	8	1.42	1.39	.97	.96	2.82	2.73	3
4	4	388	3	1.70	1.91	1.16	1.26	2.43	(4.07)	4

En la tabla 37, se pueden apreciar los puntajes de referencia asociados a la Escala de de manía, que van desde 0 hasta 116.

TABLA 37.

Tabla de Puntajes Observados y Escala LOGYT: Manía.

TABLE 20.1 EMTA DEFINITIVO F2.sav ZOU804WS.TXT Jun 14 17:05 2013
 INPUT: 384 PERSON 29 ITEM REPORTED: 384 PERSON 29 ITEM 5 CATS WINSTEPS 3.75.1

TABLE OF MEASURES ON TEST OF 29 ITEM

SCORE	MEASURE	S.E.	SCORE	MEASURE	S.E.	SCORE	MEASURE	S.E.
0	-10.49E	1.84	39	-.28	.36	78	2.36	.21
1	-9.26	1.02	40	-.15	.35	79	2.40	.21
2	-8.52	.74	41	-.03	.34	80	2.45	.21
3	-8.06	.62	42	.08	.33	81	2.49	.21
4	-7.73	.55	43	.19	.32	82	2.54	.21
5	-7.45	.50	44	.29	.31	83	2.58	.21
6	-7.22	.47	45	.39	.31	84	2.63	.21
7	-7.01	.44	46	.48	.30	85	2.67	.21
8	-6.82	.43	47	.57	.29	86	2.72	.21
9	-6.65	.41	48	.65	.29	87	2.76	.21
10	-6.48	.40	49	.73	.28	88	2.81	.22
11	-6.32	.39	50	.81	.28	89	2.86	.22
12	-6.17	.39	51	.89	.27	90	2.91	.22
13	-6.02	.38	52	.96	.27	91	2.95	.22
14	-5.88	.38	53	1.03	.26	92	3.00	.22
15	-5.73	.38	54	1.10	.26	93	3.05	.23
16	-5.59	.38	55	1.16	.26	94	3.10	.23
17	-5.44	.38	56	1.23	.25	95	3.16	.23
18	-5.29	.39	57	1.29	.25	96	3.21	.23
19	-5.14	.40	58	1.35	.25	97	3.27	.24
20	-4.98	.41	59	1.41	.24	98	3.32	.24
21	-4.81	.42	60	1.47	.24	99	3.38	.25
22	-4.63	.43	61	1.53	.24	100	3.45	.25
23	-4.44	.45	62	1.58	.23	101	3.51	.26
24	-4.22	.47	63	1.64	.23	102	3.58	.27
25	-3.98	.50	64	1.69	.23	103	3.65	.27
26	-3.71	.54	65	1.74	.23	104	3.73	.28
27	-3.40	.58	66	1.79	.23	105	3.81	.29
28	-3.04	.62	67	1.84	.22	106	3.90	.30
29	-2.64	.63	68	1.89	.22	107	4.00	.32
30	-2.25	.62	69	1.94	.22	108	4.11	.34
31	-1.89	.57	70	1.99	.22	109	4.23	.36
32	-1.58	.53	71	2.04	.22	110	4.37	.39
33	-1.32	.49	72	2.08	.22	111	4.53	.42
34	-1.10	.46	73	2.13	.22	112	4.73	.47
35	-.90	.43	74	2.18	.21	113	4.98	.55
36	-.72	.41	75	2.22	.21	114	5.35	.68
37	-.56	.39	76	2.27	.21	115	5.99	.97
38	-.41	.38	77	2.31	.21	116	7.15E	1.80

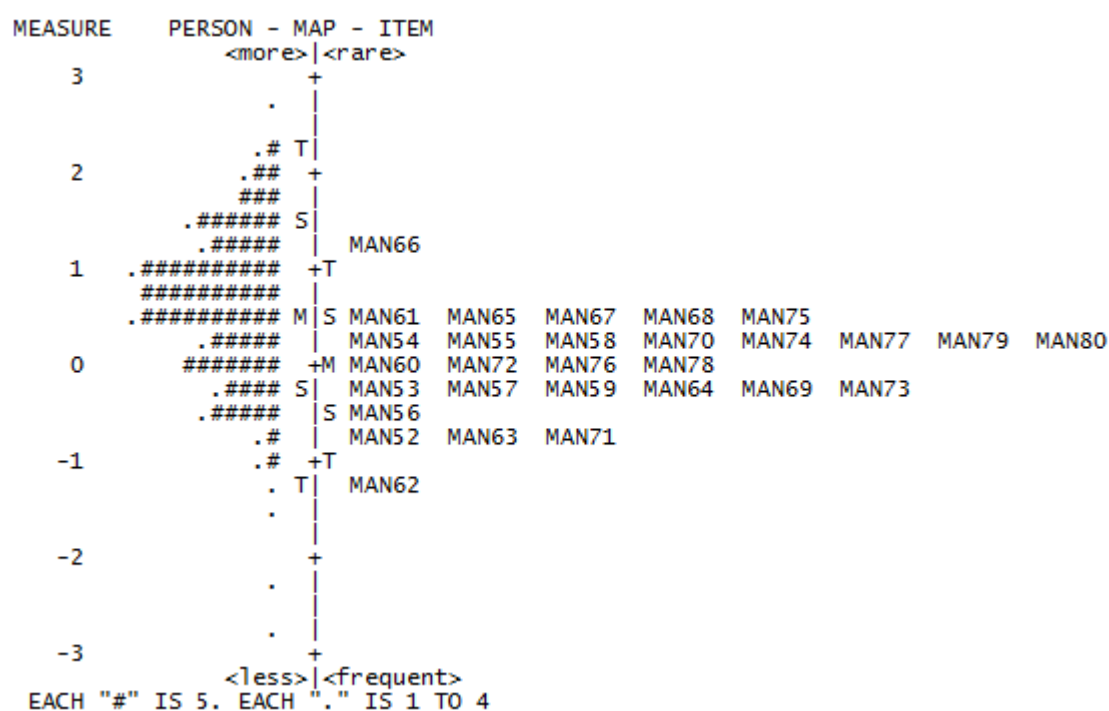
CURRENT VALUES, UMEAN=.0000 USCALE=1.0000
 TO SET MEASURE RANGE AS 0-100, UMEAN=59.4703 USCALE=5.6683
 TO SET MEASURE RANGE TO MATCH RAW SCORE RANGE, UMEAN=68.9856 USCALE=6.5752
 Predicting Score from Measure: Score = Measure * 8.2163 + 58.1168
 Predicting Measure from Score: Measure = Score * .1089 + -6.3300

A continuación se expone el Mapa de Personas e Ítems de la Subescala de Manía (Tabla 38) donde se puede apreciar el nivel (Θ) reportado por las personas y evidenciado en

los Ítems, tienden a una distribución normal, y la ausencia casi generalizada de espacios en la disposición de los Ítems indican la capacidad demostrada de la Subescala para medir todos los niveles del rasgo latente o variable, que para este caso concreto es la Manía.

TABLA 38.

Mapa de Personas e Ítems: Subescala de Manía.



En la Escala de Guttman (Tabla 39) se aprecia la tendencia decreciente marcada por la muestra. Se observa inicialmente mayores niveles o indicadores de manía los que sucesivamente van disminuyendo.

Nota: Por motivos de edición se muestran únicamente, el inicio y el final de la tabla, dada su extensión, para la visualización completa de esta tabla se puede consultar los anexos del presente documento.

TABLA 39.

Escalograma de Guttman: Manía

GUTTMAN SCALOGRAM OF RESPONSES:

PERSON	ITEM	
	12 1 12 122 2222 2 1112111	
	10125683228719593876349404765	

175	+14144414424143242441442414442	00
343	+33234332233421233234222422421	00
209	+42342244333321313123322144222	00
262	+24242424223222242232442222223	00
210	+44441232442432212214212134221	00
248	+44441232442432212214212134221	00
357	+24244213234243321224234321211	00
78	+33242324322224323423222122221	00
198	+43432241222422223223122342222	00
200	+33432233332133223121222331333	00
312	+33323243422212113222244144122	00
339	+23333443232322242232232112222	00
304	+32234222224333222223222222341	00
305	+22422232233233222222223412333	00
128	+22341311324414214244123121322	00
311	+23423221322224113242234134122	00
62	+13332323333222222223222123332	00
197	+43342321322322212232222242222	00
127	+32432222142414213224113241221	00
360	+24222223421222223322244212222	00
381	+33322222222143233213213332222	00
291	+31224422123123212232342323221	00
336	+34232322233142122222222222322	00
337	+33222322223323221333233222211	00
181	+42222242222422222223212222214	00
214	+32142412213112212321224232442	00
218	+22234313222422212224222222222	00
196	+33323322322222222322222122222	00
316	+24242322224213242211133221113	00
353	+12423232133331332112212323321	00
333	+33333222212322232222222223211	00
351	+22342144422122222122222122222	00
355	+41323242322333222212212131221	00
17	+23221231222223222332222222232	00
36	+42242123421222212222312423111	00
227	+34224233243122322222112112121	00
234	+23233222222231232222222322212	00
253	+34224233243122322222112112121	00
280	+23141214243232342222212112121	00
315	+42442231333111221221122233221	00
330	+22242233223123222221144311112	00
334	+44234213332221222223112122211	00
4	+22232422222222132232232122221	00
61	+44214132222221232222212223112	00
259	+24124211432132332211341212112	00
277	+22422232332112224221233122121	00
376	+43432222212123312113122122421	00
46	+3222322322222222222221222222	00

9. Conclusiones y discusión.

Tal como nos sugiere desde la literatura Muñiz (1998) la psicología se encuentra con grandes limitaciones al momento de medir, cuantificar y concretar su objeto de estudio, por lo que la generación de instrumentos pese a ser una necesidad, no resulta una tarea sencilla. Sin embargo, aun cuando el proceso de creación de un instrumento psicométrico es complejo, es indispensable garantizar que el test, el cuestionario, o la escala que se desea emplear, posea como mínimo: capacidad de reproducibilidad, utilidad, fiabilidad y validez antes de ser usado en el ámbito clínico (Lamprea y Gómez-Restrepo, 2007). Lo anterior sugiere que para que un instrumento pueda ser utilizado por un profesional de la psicología, primero debe pasar por una serie de valoraciones, en las cuales se indique que el instrumento en cuestión está apto, en la medida en que reúna una serie de criterios, para ser aplicado y funcionar así como un instrumento de evaluación objetiva.

En este orden de ideas, en la literatura científica se han destacado tres conceptos esenciales para la estandarización de los test psicométricos: La validez, la fiabilidad y el error estándar de medida (Grupo Psicología Lógica, 2011). En aras de estimar, analizar y dinamizar estos tres conceptos han emergido, a lo largo del tiempo, diversos modelos o teorías estadísticas que buscan realizar análisis integrales del cimiento psicométrico de los tests, dentro de los cuales Muñiz (1998) sugiere que las Teorías más empleadas, completas y complementarias son la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI); Ambas teorías convergen en la intención de formalizar las interrelaciones entre tres componentes que intervienen en la medición generada por los tests: a) la puntuación observada tras la administración del instrumento, b) el valor inobservable del dominio o

rasgo psicológico que se pretende medir y c) el error de medida inmerso en el proceso (Abal, Aguerri, Attorresi, Galibert y Luzzia, 2009); Así mismo, la TCT y TRI divergen en el cómo llevar a cabo la formalización de estos elementos y en el peso que se le da a ciertos aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de hacer los análisis psicométricos respectivos. Sin embargo, pese a discrepar en diversos puntos y métodos, ambas Teorías resultan complementarias, por lo cual el presente trabajo investigativo consideró altamente conveniente analizar la Escala EMTA desde ambas Teorías y brindar así, un análisis correlacionar de los resultados generados, con la intención de aportar un soporte funcional al proceso de estandarización de la Escala EMTA que se encuentra realizando Abello y Cortes (2012).

Es así como en general, tras el Análisis estadístico en el marco de las dos teorías de los test (la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem), la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) reportó resultados favorables y ajustados al comportamiento característico de la muestra, en especial si tenemos en cuenta que la muestra elegida para el presente estudio fue de carácter NO clínico y estuvo proporcionalmente distribuida según el sexo y la institución de procedencia (Abello y Cortes, 2012).

En congruencia con lo indicado por el cuerpo teórico de la Teoría Clásica de los Test (TCT), se estimó la confiabilidad y la consistencia interna de las diferentes Subescalas de EMTA, así como su validez de Constructo y Criterio. Tras la estimación de la confiabilidad de EMTA se evidenció un Índice *Alfa de Cronbach* para la Subescala de Depresión de $\alpha: .9421$, el cual es considerado alto y brinda evidencia de la calidad de diseño

de la Subescala; mientras que para la Subescala de Manía se registró un Índice *Alfa de Cronbach* de $\alpha: ,864$, el cual de manera similar a la Subescala de Depresión, es favorable, sobre todo considerando los índices de escalas homologas a esta.

Con el análisis complementario de consistencia interna se corroboró que todos los ítems, tanto en la Subescala de Depresión como en la Subescala de Manía, guardan una correlación directamente proporcional con los puntajes de su respectiva Subescala, lo cual indica un alto nivel de consistencia interna en la Escala EMTA, y en este sentido se puede inferir que la eliminación de alguno de los ítems no generaría cambios significativos en la estimación del índice de confiabilidad de ninguna de las Subescalas, aun cuando las correlaciones ítems-escala de la Subescala de Manía tienden a ser menores en su magnitud, en comparación con las obtenidas en la Subescala de Depresión, lo cual descartaría los primeros ajustes sugeridos desde la TCT.

Por otro lado, Tras la ejecución del Análisis Factorial de la Escala EMTA (validez de constructo) desde el método de Componentes Principales con un criterio de rotación, *Varimax*, se evidencio que ambas Subescalas cumplen con los criterios de ajuste de adecuación muestral de esfericidad de Bartlett con una significación del 99%, y se corroboraron las dimensiones que teóricamente se habían establecido en el marco del diseño de la Escala EMTA, para determinación del contenido de los ítems y la estructura de la Escala, con cargas factoriales de los ítems por encima de 0,3 con respecto a su correspondiente componente, lo cual marca fuertes proximidades entre los ítems que corresponden a un mismo componente, y por ende una validez de constructo favorable. Esto constituye un aporte significativo, ya que la corroboración de las Dimensiones

Teóricas que desde los modelos explicativos y el DSM IV se sugieren para la identificación de La Depresión y La Manía, compromete sintomatología (dimensiones) conductual, cognitiva, afectiva, fisiológica y motivacional, tal como se evidencia distribuidos en los componentes, lo cual corrobora que la estructura de la Escala EMTA se ajusta a lo dispuesto por la literatura y permite la verificación empírica de la agrupación de los componentes de la variable que se pretende medir con esta escala.

En cuanto a lo que refiere a la Validez de Criterio, se llevó a cabo la correlación de las Subescalas de EMTA con dos Escalas debidamente validadas, el Inventario de Depresión de Beck ($\alpha: ,791$) y la Escala Autoaplicada de Altman ($\alpha: ,566$), que se consideraron aptas para cumplir el papel de tests paralelos, con respecto a la Subescala de Depresión y Manía de EMTA, respectivamente, en línea con lo sugerido por Spearman (1904, 1907, 1913) en el marco de la TCT. Con ello, se pudo definir 3 aspectos esenciales:

a) En la muestra objeto de estudio, la Escala de Beck se comportó de manera confiable, mientras que la Escala de Altman presenta un bajo nivel de confiabilidad, lo cual hace que sus puntajes tiendan a hacer inestables; **b)** Se reporta una correlación directamente proporcional, de alta magnitud y estadísticamente significativa (99%), entre los puntajes de la Escala de Depresión de Beck y la Subescala de Depresión de EMTA, con índice de Correlación de Pearson de $\sigma = ,715$, lo cual brinda evidencia de la validez de criterio que guarda la Subescala de Depresión de EMTA frente a una escala clínica de uso tradicional, ampliamente reconocido por la literatura científica; y **c)** Se identificó una correlación directamente proporcional pero de magnitud baja, entre la Subescala de Manía de EMTA y la Escala Autoaplicada de Altman, con un índice de *Correlación de Pearson de $\sigma : ,025$* . Sin embargo, los resultados sugieren que el factor crítico subyace al bajo nivel de

confiabilidad reportado por esta Escala de Altman, con respecto a la muestra objeto de estudio, y en este orden de ideas, cabe resaltar que la baja correlación reportada y dada la baja confiabilidad identificada en la Escala de Altman, se brinda evidencia de un optimo nivel de discriminación en la Subescala de Manía de EMTA frente a la de Altman y permite inferir que la Escala Autoaplicada de Altman no es criterio sólido para la Subescala de Manía.

Dichos resultados consienten generar la primera recomendación derivada de la presente investigación, pues se sugiere que para futuros análisis estadísticos de la Subescala de Manía de EMTA se identifique una escala de medición de Manía diferente a la de Altman, que realmente pueda servir como criterio sólido, tomando como referencia sus niveles de confiabilidad y/o se estudie el comportamiento de ambas escala en una muestra clínica, lo cual podría elevar los índices de confiabilidad, en especial si se reconoce la complejidad del reporte de la sintomatología maniaca.

Con todo ello se puede concluir, que desde la TCT, el análisis de la Escala de EMTA ha reportado resultados satisfactorios, tal como lo mencionamos anteriormente, pues evidencia una alta confiabilidad y una validez tanto de constructo como de criterio bastante satisfactorias, pese a que los resultados de la Subescala de Manía se mantuvieron un poco por debajo de la de Depresión.

Ahora bien, teniendo en cuenta las limitaciones del modelo lineal de la TCT de las que extensamente nos informa los trabajos de Muñiz (2010), en el presente estudio se procuró analizar el comportamiento de la Escala EMTA, en cuanto a: a) la invarianza de sus medidas con respecto a la población y otros instrumentos, b) el comportamiento de los

reactivos en relación no solo con la prueba sino también con otros reactivos de la misma, y

c) El nivel de la persona en la variable medida.

Por ello complementariamente, en relación con el objetivo general del presente estudio cabe resaltar la calidad del desempeño psicométrico reportado tanto en la Subescala de Manía como en la de Depresión desde el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI). En este sentido los índices de confiabilidad derivados para las dos Subescalas correspondieron en el caso de Depresión a 0.88 para las personas y 0.99 para los ítems; mientras que en lo referente a Manía, los índices obtenidos fueron 0.84 para las personas y 0.87 para los ítems. Estos índices de confiabilidad son altos y consistentes al igual que los identificados desde la TCT, según lo sugerido por la teoría.

Igualmente, se resalta la calidad del ajuste monotónico creciente tanto para los ítems como para las dos subescalas, con lo que se corrobora el cumplimiento del principio de la invarianza o consistencia sistemática en la medición del rasgo latente. Este aspecto se evidencia adicionalmente con el análisis de las Curvas Características de los ítems y de las figuras consolidadas de Función de Información para cada una de las dos Subescalas.

Ahora bien, dentro de la TRI existen diferentes modelos o variantes de análisis que responden a las características de los ítems (Muñiz, 2010). En particular la Escala EMTA cuenta con ítems politómicos con cuatro grados de respuesta (1... 4). Para responder a esta característica de la Escala EMTA se aplicó un procedimiento adicional que corresponde al Modelo de Crédito Parcial, el cual contempla el contraste de los niveles de ajuste de las categorías que conforman la escala de respuesta en cada uno de los ítems. Las figuras (7 y 20) brindan evidencia del ajuste de las curvas de probabilidad ordenadas para cada una de las cuatro categorías teniendo en cuenta que para efecto del procesamiento el software

genera una recodificación automática (0 ... 3). Los hallazgos brindan soporte de consistencia en las distribuciones jerárquicamente establecidas y en tal sentido este parámetro constituye un criterio robusto de cumplimiento de las características esperadas desde la TRI.

Las dos Subescalas presentaron sus correspondientes mapas bidimensionales con la presentación simultánea de las distribuciones de las personas y los ítems (figuras 17 y 30; tablas 40 y 44). En este sentido cabe anotar que el mapa de la Subescala de Depresión tiende a ser más ajustado uniformemente que el de Manía, en tal sentido cabe anotar que estas distribuciones obedecen al comportamiento de una muestra de referencia NO clínica. En consecuencia, surge el interés de poder contrastar con una futura investigación los dos mapas obtenidos frente a los mapas que se derivan de la aplicación de la Escala EMTA en una muestra clínica, aportando así al análisis de la invarianza del comportamiento de la prueba con respecto a la población. Lo cual a su vez permitiría identificar el verdadero impacto del funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) en cada una de las subescalas, constituyéndose a su vez en otro soporte empírico de la sensibilidad a la medida que brinda la Escala EMTA, como un criterio o estándar adicional de su calidad psicométrica.

Tanto en la Subescala de Depresión como en la de Manía, se generó un aporte adicional con la calibración monotónica de los ítems, pues a partir del análisis derivado de la TRI, se identificó el orden secuencial de organización ideal de los ítems en cada una de las dos Subescalas a partir de su nivel (Θ), lo cual se sustenta psicométricamente con el uso del Escalograma de Guttman (Ver anexo E). La importancia de este hallazgo, radica en la

posibilidad de contar con una versión Beta 2 de la Escala EMTA (Ver anexo D) de uso funcional que le permite al psicólogo en contexto de evaluación clínica identificar gradualmente la intensidad de la sintomatología en la persona evaluada. De otra parte cuando se establece esta presentación y se aplica nuevamente la Escala, existe una probabilidad asociada de incremento en los niveles de consistencia interna del patrón de respuestas que presentan las personas, al ser evaluadas en el conjunto ordenado de los ítems en cada uno de los dos casos.

En síntesis la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), cumple satisfactoriamente con los requerimientos de calidad en relación a sus niveles de confiabilidad y validez, tanto desde la TCT como desde la TRI, lo cual supera las limitaciones propias de asumir modelos tradicionales de diseño lineal como el de la TCT en el marco de las pruebas con referencia a la norma (basadas en la distribución normal) y las restricciones derivadas del uso de la misma cuando no se cumplen los requisitos de ajuste desde la TRI en el marco de las pruebas con referencia al criterio (basadas en modelos de distribución logística). En consecuencia, el impacto del análisis diferencial del comportamiento psicométrico de la Escala EMTA desde la TCT y la TRI, abre el panorama de análisis de los resultados en el contexto clínico.

Es preciso tener en cuenta, sin embargo, que existen pocas referencias en la literatura científica que permitan contrastar, comparar, e incluso servir como marco referencial al proceso investigativo en cuestión. Dicha situación, podría deberse bien sea a la carencia de instrumentos psicométricos que midan Trastornos Afectivos de manera similar a EMTA, o como se mencionó anteriormente a la falta de referentes teóricos que

aborden análisis psicométricos de instrumentos desde ambas teorías (TCT y TRI). En función de ello, es poco posible realizar una contrastación de resultados de investigaciones similares, con los hallazgos derivados del análisis psicométrico de EMTA.

Concluyentemente, en línea con los hallazgos derivados de la presente investigación, nos permitimos sugerir 5 aspectos, que creemos puede ser valioso tenerlos en cuenta para investigaciones futuras o incluso para fases posteriores del trabajo de estandarización de la escala EMTA que aún se encuentran desarrollando Abello y Cortes (2012). Y en este orden de ideas, se debe mencionar que **1)** podría ser valioso llevar a cabo un nuevo análisis diferencial del comportamiento psicométrico de la Escala EMTA desde la TCT y la TRI, en una muestra Clínica significativa, que permita explorar el comportamiento de dicha escala en este tipo de población, especialmente en lo que refiere a la medición de Manía; También; **2)** sería productivo desarrollar un estudio longitudinal evolutivo con pacientes clínicos para contrastar la sensibilidad de la prueba en la identificación de cambios significativos asociados con la frecuencia e intensidad de las manifestaciones sintomatológicas; Así mismo; **3)** como ya lo hemos mencionado, es importante verificar el uso de la Escala Autoaplicada de Altman, como test referente (test paralelo), pues este no ha resultando ser un soporte sólido para el análisis de las propiedades psicométricas de la Subescala de Manía de EMTA, y de considerarlo necesario, podría incluso resultar pertinente elegir otro instrumento que brinde un mejor apoyo al proceso; Además. **4)** un aporte claramente necesario sería llevar a cabo una investigación en la cual se analice funcionalmente las propiedades psicométrica de las versiones Beta 1 (Anexo E) y Beta 2 (Anexo D) de Escala EMTA, que se han generado

como producto del presente estudio. Finalmente, se debe reconocer, tal como lo hace Muñiz (2010) que los instrumentos psicométricos no pueden ser el único criterio que sustente una evaluación psicológica, por ello en aras de garantizar la objetividad, y la calidad de los procesos diagnóstico,⁵⁾ se plantea la posibilidad de desarrollar en futuros trabajos investigativos, un protocolo de evaluación clínica de los Trastornos Afectivos, en el cual la Escala EMTA se incorpore como insumo confiable y válido de análisis funcional de la dinámica de presentación de la sintomatología, pero que no sea la única fuente de verificación, con lo que se garantizaría un aporte realmente integral y funcional al ámbito clínico, para el abordaje de este tipo de estados mórbidos.

10. Referencias.

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J., Ponsoda, V. (2006). Introducción a la teoría de la respuesta al Ítem. *Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica de los Test y teoría de la respuesta al Ítem*. Madrid: Universidad autónoma. Recuperado de: http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/fjabad/PSICOMETRIA/MATERIALES/IntPs_5.pdf
- Abal, F., Aguerri, M., Attorresi, H., Galibert, M., Luzzia, G. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem. Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 18. 179 – 188. Recuperado de: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/825/racp_xviii_2_pp179_188.pdf.
- Abello, D., Cortés, O. (2012). Diseño De la escala Multidimensional de trastornos afectivos (EMTA): análisis psicométrico de confiabilidad y validez. En: *Psicología desde El Caribe*. 29 (3). 545-591. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n3/v29n3a02.pdf>
- Attorresi, H., Lozzia, G., Pablo, F., Galibert, M., Aguerri, M. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem: conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 18. 179-188.
- BBC Mundo. (8 de Marzo de 2011). *Trastorno Bipolar: “muy subestimado” en el mundo*. Recuperado de: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/03/110308_trastorno_bipolar_subestima_do_men.shtml

- Beck, A. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. España: Desclée de Brower.
- Bello, Z., Y Estévez N. (2002). *Selección de Lecturas de Inteligencia Humana T-2*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Saiz, P., Bousoño, M. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Briones, G. (2003). *Metodología de la Investigación cuantitativa de las ciencias sociales*. Bogotá: ICFES.
- Buela-Casal, G., Sierra, J.C., Carretero-Dios, H., De los Santos Roig, M. (2002). Situación actual de la evaluación psicológica en Lengua Castellana. *Papeles del psicólogo*. (83). 27-33. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77808304>
- Calderón, G. (1995). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Revista de Neuropsiquiatría. Del Perú*. Recuperado de: http://sisbid.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v60_n2/cuestionario%20.htm
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5. 521-551.
- Cattell, J.M. (1890). Mental Tests and Measurements. *Mind*. 15. 373-380.
- Cattell, R. (1986). Scales and the Meaning of Standardized Scores. En R.B. Cattell and R.C. Johnson, (Eds.). *Functional Psychological Testing: Principles Instruments*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

- Cerda, H. (1993). *Los elementos de la investigación: como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Santa fe de Bogotá: El Búho.
- Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006*. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1090_2006.html
- Cortina, E., Peña, M., Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 -25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 1 (1). 55-74.
- Departamento Administrativo de Acción Comunal - DAACD (2003). *Situación socioeconómica de la juventud en Bogotá 2000 – 2001*. Bogotá: Departamento Administrativo de Acción Comunal Distrital (DAACD).
- Diario El Tiempo. (5 de Junio de 2012). *Una de cada dos personas con trastorno bipolar no están diagnosticada*. Recuperado de: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11923190.html
- Domènech-Llaberia, E., Araneda, N., Xifró, A., Dolors Riba, M. (2003). Escala de Depresión Escolar para Maestros ESDM 3-6. *Psicothema*. 15(4). 575-580.
- Duch, F., Ruiz de Porras, L., Ruiz de Porras, D., Allué, B., Palou, I. (1999). Psicometría de la ansiedad, de la Depresión y el alcoholismo en atención primaria. *SEMERGEN*. Recuperado de: <http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/revistas/pdf/numero3-99/209-225.pdf>
- Europa Press. (6 de Junio de 2012). *El 49% de las personas con trastorno bipolar no están diagnosticadas y un 31% ha recibido un tratamiento equivocado*. Recuperado de: <http://www.europapress.es/salud/asistencia-00670/noticia-49-personas-trastorno->

bipolar-no-estan-diagnosticadas-31-recibido-tratamiento-equivocado-20120606143418.html

Garrett, H. (1958). *Las grandes realizaciones de la psicología experimental*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gómez-Restrepo, C., Bohorquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de Depresión y Factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 16 (6). 378-386.

González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Editorial Ciencias Médicas.

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. (2008). Instrumentos de evaluación de la Depresión. *Guía Práctica sobre el manejo de la Depresión mayor en el adulto*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.

Hambleton, R., Swaminathan, H., Rogers, H. (1991). *Fundamentals of Item response theory*. Newbury Park, CA: Sage.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta edición. México: McGraw Hill.

Hernández Sánchez, A. M., De Dios del Valle, R., Rexach Cano, L. I., Cruz Jentoft, A J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Revista Geriátrica Gerontológica*. 36(5). 276-280. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-geriatria-gerontologia-124/validacion-una-version-cinco-items-Escala-Depresión-13019011-originales-2001>

Hoffman, E. (2002). *Test Psicológicos*. Nueva York: Paidós.

- Lamprea, j., Gómez-Restrepo,C. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 35(2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a13.pdf>
- Leahey, T. (1999). *Historia de la Psicología: Principales corrientes en el pensamiento psicológico*. Madrid: Prentice Hall.
- Lord, F. (1980). *Aplicattion of Item Response Theory to Practical Testing Problems*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mikulic, I. (2007). Construcción y adaptación de pruebas psicológicas. *Fichas de cátedra de teorías de exploración y diagnóstico de la facultad de psicología*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/información_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f2.pdf
- Miranda, C. Gutierrez, J., Bernal, F., Escobar, C. (2000). Prevalencia de Depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 29(3). 251-260.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2, 503-508.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5, 115-127.

- Montero, I., León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International journal of Clinical and Health Psychology*. 7(3). 847-862. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33770318>
- Molina, C. (2006). Capital global y política pública en salud mental: La pertinencia de la política nacional de salud mental ante las consecuencias emocionales, individuales y familiares de desplazamiento forzado. *El desplazamiento forzado interno en Colombia un desafío a los derechos humanos*. Bogotá: Cátedra UNESCO. 411-435.
- Muñiz, J. (1991). *Introducción a los métodos psicofísicos*. Barcelona: PPU.
- Muñiz, J. (1997). *Introducción a la Teoría de Respuesta a los Ítems*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*. 10(1). 1-21- Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=138>
- Muñiz, J. (2010). Las Teorías de los Tests: Teoría Clásica y Teoría de Respuestas a los ítems. *Papeles del Psicólogo*. 31 (1). 57-66. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77812441006.pdf>
- Nava, C. (2004). *Psicometría y sus orígenes darwinianos*. México: Iztacala.
- Oliden, P. (2003). Sobre la validez de los Tests. *Psicothema*. 15(2). 315-321
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2002). *Manual de Frascati*. Recuperado de: <http://www.fecyt.es/fecyt/docs/tmp/1810750955.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2007). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de: http://www.who.int/whosis/whostat/WHIS2007Sp_Parte1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2012). *La Depresión*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

- Padilla, J. L., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Muñiz, J. (2006). La evaluación de las consecuencias del uso de tests en la teoría de validez. *Psicothema*. 18(2). 307-312.
- Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. (13). 13-28.
- Perez, J. (s.f). Modelos de Medición: Desarrollos actuales, supuestos, ventajas e inconvenientes. Desarrollos actuales de la medición: Aplicaciones en evaluación psicológica. Universidad de Sevilla.
- Posada, J. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de: http://saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com.co/media/users/8/411831/files/30173/ENSM_completo.pdf
- Rezsczynski, M.E. (2007). Adaptación y validación de la Escala “Highs” para la detección de sintomatología hipoManíaca en el puerperio. Chile: Universidad de Chile.
- Robledo, J. (2005). Diseño de Muestreo. *Nure Investigación*. (12). Recuperado de: http://www.nureinvestigation.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODLOGICA/FMetod_12.pdf
- Rodríguez, N. (1999). Validación cruzada de pruebas psicométricas. Recuperado de: http://www.psycoconsult.com/download/cdt_36.pdf
- Romero, A., Sánchez, R. (2009). Análisis factorial confirmatorio de síntomas en el síndrome Maníaco a partir de la aplicación de la Escala EMUN. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38(2). 304-315.

- Sánchez, R., Jaramillo, L., Gómez-Restrepo, C. (2008). Desarrollo y Validación de una Escala para medir síntomas Maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37(4). 516-537.
- Sánchez, R., Velásquez, J., Navarro, A. (2011). Validación de la Escala para la Manía de la Universidad Nacional de Colombia EMUN usando el análisis de Rasch. *Biomédica*. 31(3). 410-418.
- Sánchez-Pedraza, R., Rosero-Villota, N. (2003). Revisión Crítica de Escalas de Medición de Manía. *Avances en Medición*. 1 (1).37-70.
- Spearman, C. (1907). Demonstration of Formulae for True Measurement of Correlation. *American Journal of Psychology*. 18. 161-169.
- Tornimbeni, S., Pérez E., Olaz F., Cortada de Kohan, N., Fernández, A., Cupani, M. (2008). *Introducción a la Psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Tovar, J. (2007). Psicometría: Tests Psicométricos, confiabilidad y validez. En: Quintana A., Montgomery W. eds. *Psicología: Tópicos de Actualidad*. Lima: UNMSM. 85-108.
- Troconis, B. (2005). Validación del cuestionario para el diagnóstico de trastornos del ánimo.
- Zayas, P. (2010). El rombo de las investigaciones de ciencias sociales. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros/2010e/822/Paradigma%20positivista.htm>

11. Anexos

ANEXO A.

CONSENTIMIENTO DE INFORMADO.



UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento para participar en un estudio de investigación sobre el diseño y validación de una escala multidimensional para la medición de trastornos afectivos, EMTA.

Nombre del investigador(a): Daniella Abello Luque

Título del proyecto: Diseño y validación de una escala multidimensional para la medición de trastornos afectivos EMTA.

Señor(a) _____ le estamos invitando a participar en un estudio de investigación perteneciente al Grupo de Investigación Cultura, Educación y Sociedad, CES de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Costa, CUC.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- ✓ La participación en este estudio es absolutamente voluntaria.
- ✓ Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- ✓ Los temas abordados serán analizados en la investigación; manteniéndose en absoluta reserva los datos personales de la persona entrevistada.
- ✓ Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de investigación como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

La investigación es un *Estudio Instrumental* de corte *Empírico Analítico*¹ en la cual a usted le serán aplicadas la *Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA)*, el *Inventario de Depresión de Beck*, y la *Escala de Manía de Young* donde esperamos que de la forma más autentica y sincera posible nos cuente sobre su caso específico.

¹ Si lo desea, en cualquier momento usted puede solicitar una explicación mas amplia sobre esta terminología.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad de la Costa como requisito de producción final de la investigación y socializados a usted como participante del proceso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el objetivo de la investigación y de haber recibido de la Señora *Daniella Abello Luque*, explicaciones verbales sobre ello y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que he resuelto participar. Además, expresamente autorizo al investigador para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor (a) *Daniella Abello Luque* en la ciudad de *Barranquilla* el día ____ del mes de ____ del año ____.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Nombre, firma y documento de identidad del investigador:

Nombre: *Daniella Abello Luque* Firma: _____

Daniella a

Cédula de ciudadanía: 22.735.292 de Barranquilla

Nombre, firma y documento de identidad de los auxiliares de co-investigador:

▪ Nombre: *Omar Cortes* Firma: _____

Cédula de ciudadanía: 79.575.432 de _____

[Firma]

Nombre, firma y documento de identidad de los auxiliares de investigación:

▪ Nombre: *Liz Fonseca Consuegra* Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

▪ Nombre: *Paola García Roncallo* Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

▪ Nombre: *Jorge Mariño Buitrago* Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

En caso que usted necesite hacer alguna consulta sobre su experiencia a partir de los temas tratados en estas entrevistas y/o pruebas, puede comunicarse con *Daniella Abello Luque* al teléfono 3362207 o al correo dabello@cuc.edu.co

ANEXO B.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE TRASTORNOS AFECTIVOS (EMTA).

VERSION ORIGINAL



ESCALA MULTIDIMENSIONAL PARA LA MEDICION DE TRASTORNOS AFECTIVOS, EMTA

Versión Original

Sub-escala de Depresión

A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. Me siento muy triste y/o deprimido(a).	①	②	③	④
2. Me siento sin esperanzas.	①	②	③	④
3. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo.	①	②	③	④
4. En el último mes he sentido muchas ganas de llorar.	①	②	③	④
5. Siento que mi vida está vacía.	①	②	③	④
6. No me encuentro satisfecho(a) con ella.	①	②	③	④
7. Me siento solo(a).	①	②	③	④
8. Siento que todo en mi vida está perdido.	①	②	③	④
9. Las cosas que me gustaban ya no interesan.	①	②	③	④
10. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes.	①	②	③	④
11. No me interesa ver ni hablar con los demás.	①	②	③	④

12. Mis actividades favoritas ahora me aburren.	1	2	3	4
13. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas.	1	2	3	4
14. Presento una disminución en mi deseo sexual.	1	2	3	4
15. Suelo tener menos iniciativa que antes.	1	2	3	4
16. He bajado notablemente de peso.	1	2	3	4
17. Presento una disminución significativa de mi apetito.	1	2	3	4
18. Recientemente presento un aumento significativo de peso.	1	2	3	4
19. Presento un aumento significativo de mi apetito.	1	2	3	4
20. Me levanto mas temprano de lo habitual, sin motivo aparente.	1	2	3	4
21. Tengo problemas para conciliar el sueño.	1	2	3	4
22. Al levantarme me siento muy cansado (a).	1	2	3	4
23. Me despierto constantemente en las noches.	1	2	3	4
24. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente.	1	2	3	4
25. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	1	2	3	4
26. Me es difícil sonreír.	1	2	3	4
27. Hablo menos de lo habitual.	1	2	3	4
28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.	1	2	3	4
29. Siento que no soy útil ni necesario (a).	1	2	3	4
30. Siento que todo lo malo que pasa es mi culpa.	1	2	3	4
31. Pienso que los demás estarían mejor sin mí.	1	2	3	4

32. <i>Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
33. <i>Siento que todo lo que me sucede es un castigo</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
34. <i>Me siento cansado(a) sin razón aparente.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
35. <i>Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
36. <i>Me siento fatigado(a).</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
37. <i>No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
38. <i>Me cuesta tomar decisiones.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
39. <i>Me cuesta concentrarme.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
40. <i>Pienso más lento de lo habitual.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
41. <i>El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
42. <i>Me cuesta cumplir con mis responsabilidades.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
43. <i>Pienso en la muerte.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
44. <i>He pensado en quitarme la vida.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
45. <i>He planeado acabar con mi vida.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
46. <i>He intentado acabar con mi vida</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
47. <i>He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)

A continuación se encontraran una serie de enunciados relacionados con la intensidad con que se presenta los síntomas que en la lista anterior usted identifico que lo afectaban casi siempre o siempre, marque con una "x" la respuesta que más se aproxime a su situación.

- 48.** *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre por favor indique al día con que intensidad lo afecta:*

- a.** *De 1 a 6 horas al día*
- b.** *De 7 a 12 horas al día*
- c.** *De 13 a 18 horas al día*
- d.** *De 19 a 24 horas al día*

1
2
3
4

- 49.** *El estado de ánimo depresivo y triste me afecta:*

- a.** *Nunca*
- b.** *de 1 a 3 días a la semana*
- c.** *de 4 a 6 días a la semana*
- d.** *Todos los días de la semana.*

1
2
3
4

- 50.** *Mi falta de interés en la mayoría de las actividades permanece durante:*

- a.** *Nunca*
- b.** *de 1 a 3 días a la semana*
- c.** *de 4 a 6 días a la semana*
- d.** *Todos los días de la semana*

1
2
3
4

- 51.** *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afecta casi siempre o siempre por favor indique por cuánto tiempo lo ha afectado:*

- a.** *Menos de 2 semanas.*
- b.** *2 semanas o más.*
- c.** *2 meses o más.*
- d.** *2 años o más.*

1
2
3
4

Sub-escala de Manía

A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
52. Me siento excesivamente alegre, sin razón aparente.	(1)	(2)	(3)	(4)
53. Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones.	(1)	(2)	(3)	(4)
54. Me siento altamente irritable.	(1)	(2)	(3)	(4)
55. Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.	(1)	(2)	(3)	(4)
56. Me cuesta tolerar el fracaso.	(1)	(2)	(3)	(4)
57. Me quejo mucho.	(1)	(2)	(3)	(4)
58. Hago comentarios hostiles.	(1)	(2)	(3)	(4)
59. Presento un aumento excesivo en mi autoestima.	(1)	(2)	(3)	(4)
60. Soy poco realista en mi autocrítica.	(1)	(2)	(3)	(4)
61. Siento que soy mucho mejor que los demás.	(1)	(2)	(3)	(4)
62. Creo que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.	(1)	(2)	(3)	(4)
63. Duermo más de lo normal o muy poco, sin motivo aparente.	(1)	(2)	(3)	(4)
64. Me cuesta conciliar el sueño.	(1)	(2)	(3)	(4)
65. Siento que mientras duermo pierdo mucho tiempo.	(1)	(2)	(3)	(4)
66. Hablo sin cesar sin tener la intención de comunicarme con los demás.	(1)	(2)	(3)	(4)
67. Hablo muy rápido, fuerte y es difícil interrumpirme.	(1)	(2)	(3)	(4)

68. Incluyo en mi discurso juegos de palabras e impertinencias.	1	2	3	4
69. Siento que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.	1	2	3	4
70. Continuamente hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	1	2	3	4
71. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4
72. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	1	2	3	4
73. Permanezco inquieto(a) la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4
74. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo	1	2	3	4
75. Compro desmesuradamente elemento que realmente no necesito.	1	2	3	4
76. Dejo muchas actividades sin terminar o finalizar.	1	2	3	4
77. Siento un aumento irrefrenable en mi apetito sexual.	1	2	3	4
78. Percibo un aumento en mi actividad sexual.	1	2	3	4
79. Siento que mi desempeño laboral y/o académico a disminuido notablemente.	1	2	3	4
80. Siento que relaciones familiares han desmejorado	1	2	3	4

A continuación se encontraran una serie de enunciados relacionados con la intensidad con que se presenta los síntomas que en la lista anterior usted identifico que lo afectaban casi siempre o siempre, marque con una "x" la respuesta que más se aproxime a su situación.

81. *Me siento excesivamente bien y/o alegre:*

- | | |
|---------------------------------|---|
| a. Nunca | 1 |
| b. de 1 a 3 días a la semana | 2 |
| c. de 4 a 6 días a la semana | 3 |
| d. Todos los días de la semana. | 4 |

82. *Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones:*

- | | |
|--------------------------------|---|
| a. Nunca | 1 |
| b. de 1 a 3 días a la semana | 2 |
| c. de 4 a 6 días a la semana | 3 |
| d. Todos los días de la semana | 4 |

83. *Me siento altamente irritable:*

- | | |
|--------------------------------|---|
| a. Nunca | 1 |
| b. de 1 a 3 días a la semana | 2 |
| c. de 4 a 6 días a la semana | 3 |
| d. Todos los días de la semana | 4 |

84. *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre por favor indique al día con que intensidad lo afecta:*

- | | |
|----------------------------|---|
| a. De 1 a 6 horas al día | 1 |
| b. De 7 a 12 horas al día | 2 |
| c. De 13 a 18 horas al día | 3 |
| d. De 19 a 24 horas al día | 4 |

85. *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afecta casi siempre o siempre por favor indique por cuánto tiempo lo ha afectado:*

- | | |
|--------------------|---|
| a. Menos de 4 días | 1 |
| b. 4 días o más | 2 |
| c. 1 semana | 3 |
| d. Más de 1 semana | 4 |

ANEXO C.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE TRASTORNOS AFECTIVOS (EMTA).

VERSION BETA 1.

UNIVERSIDAD
DE LA COSTA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL PARA LA MEDICION DE TRASTORNOS AFECTIVOS, EMTA.

Versión Beta 1.1

Sub-escala de Depresión

A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. Me siento muy triste y/o deprimido(a).	①	②	③	④
2. Me siento sin esperanzas.	①	②	③	④
3. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo.	①	②	③	④
4. En el último mes he sentido muchas ganas de llorar.	①	②	③	④
5. Siento que mi vida está vacía.	①	②	③	④
6. No me encuentro satisfecho(a) con ella.	①	②	③	④
7. Me siento solo(a).	①	②	③	④
8. Siento que todo en mi vida está perdido.	①	②	③	④
9. Las cosas que me gustaban ya no interesan.	①	②	③	④
10. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes.	①	②	③	④
11. No me interesa ver ni hablar con los demás.	①	②	③	④
12. Mis actividades favoritas ahora me aburren.	①	②	③	④

13. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas.	1	2	3	4
14. Presento una disminución en mi deseo sexual.	1	2	3	4
15. Suelo tener menos iniciativa que antes.	1	2	3	4
16. He bajado notablemente de peso.	1	2	3	4
17. Presento una disminución significativa de mi apetito.	1	2	3	4
18. Recientemente presento un aumento significativo de peso.	1	2	3	4
19. Presento un aumento significativo de mi apetito.	1	2	3	4
20. Me levanto mas temprano de lo habitual, sin motivo aparente.	1	2	3	4
21. Tengo problemas para conciliar el sueño.	1	2	3	4
22. Al levantarme me siento muy cansado (a).	1	2	3	4
23. Me despierto constantemente en las noches.	1	2	3	4
24. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente.	1	2	3	4
25. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	1	2	3	4
26. Me es difícil sonreír.	1	2	3	4
27. Hablo menos de lo habitual.	1	2	3	4
28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.	1	2	3	4
29. Siento que no soy útil ni necesario (a).	1	2	3	4
30. Siento que todo lo malo que pasa es mi culpa.	1	2	3	4
31. Pienso que los demás estarían mejor sin mí.	1	2	3	4
32. Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco.	1	2	3	4

33. Siento que todo lo que me sucede es un castigo	1	2	3	4
34. Me siento cansado(a) sin razón aparente.	1	2	3	4
35. Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales.	1	2	3	4
36. Me siento fatigado(a).	1	2	3	4
37. No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes.	1	2	3	4
38. Me cuesta tomar decisiones.	1	2	3	4
39. Me cuesta concentrarme.	1	2	3	4
40. Pienso más lento de lo habitual.	1	2	3	4
41. El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.	1	2	3	4
42. Me cuesta cumplir con mis responsabilidades.	1	2	3	4
43. Pienso en la muerte.	1	2	3	4
44. He pensado en quitarme la vida.	1	2	3	4
45. He planeado acabar con mi vida.	1	2	3	4
46. He intentado acabar con mi vida	1	2	3	4
47. He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.	1	2	3	4

A continuación se encontraran una serie de enunciados relacionados con la intensidad con que se presenta los síntomas que en la lista anterior usted identifico que lo afectaban casi siempre o siempre, marque con una "x" la respuesta que más se aproxime a su situación.

- 48.** *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre por favor indique al día con que intensidad lo afecta:*

- a.** *De 1 a 6 horas al día*
- b.** *De 7 a 12 horas al día*
- c.** *De 13 a 18 horas al día*
- d.** *De 19 a 24 horas al día*

1
2
3
4

- 49.** *El estado de ánimo depresivo y triste me afecta:*

- a.** *Nunca*
- b.** *de 1 a 3 días a la semana*
- c.** *de 4 a 6 días a la semana*
- d.** *Todos los días de la semana.*

1
2
3
4

- 50.** *Mi falta de interés en la mayoría de las actividades permanece durante:*

- a.** *Nunca*
- b.** *de 1 a 3 días a la semana*
- c.** *de 4 a 6 días a la semana*
- d.** *Todos los días de la semana*

1
2
3
4

- 51.** *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afecta casi siempre o siempre por favor indique por cuánto tiempo lo ha afectado:*

- a.** *Menos de 2 semanas.*
- b.** *2 semanas o más.*
- c.** *2 meses o más.*
- d.** *2 años o más.*

1
2
3
4

HOJA DE RESPUESTA. SUBESCALA DE DEPRESIÓN**Datos generales****Edad:** _____.**Fecha de nacimiento:** DD ____ MM ____ AA ____.**Género:**

Femenino

☐

Masculino

☐**Estado civil:**

Soltero

☐

Casado

☐

Unión Libre

☐

Divorciado

☐

Viudo

☐**Estrato socio-económico:**

Nivel 1

☐

Nivel 2

☐

Nivel 3

☐

Nivel 4

☐

Nivel 5

☐

Nivel 6

☐**Nivel de estudios:**

Primaria

☐

Bachiller

☐

Técnico

☐

Tecnológico

☐

Profesional

☐

Post-grado

☐**Antecedentes clínicos personales:** Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____.

Antecedentes clínicos familiares: Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____.

<i>Nunca</i>	(1)	<i>A veces</i>	(2)	<i>Casi siempre</i>	(3)	<i>Siempre</i>	(4)
--------------	-----	----------------	-----	---------------------	-----	----------------	-----

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
52.	(1)	(2)	(3)	(4)	75.	(1)	(2)	(3)	(4)	96.	(1)	(2)	(3)	(4)
53.	(1)	(2)	(3)	(4)	76.	(1)	(2)	(3)	(4)	97.	(1)	(2)	(3)	(4)
54.	(1)	(2)	(3)	(4)	77.	(1)	(2)	(3)	(4)	98.	(1)	(2)	(3)	(4)
55.	(1)	(2)	(3)	(4)	78.	(1)	(2)	(3)	(4)					
56.	(1)	(2)	(3)	(4)	79.	(1)	(2)	(3)	(4)					
57.	(1)	(2)	(3)	(4)	80.	(1)	(2)	(3)	(4)					
58.	(1)	(2)	(3)	(4)	81.	(1)	(2)	(3)	(4)					
59.	(1)	(2)	(3)	(4)	82.	(1)	(2)	(3)	(4)					
60.	(1)	(2)	(3)	(4)	83.	(1)	(2)	(3)	(4)					
61.	(1)	(2)	(3)	(4)	84.	(1)	(2)	(3)	(4)					
62.	(1)	(2)	(3)	(4)	85.	(1)	(2)	(3)	(4)					
63.	(1)	(2)	(3)	(4)	86.	(1)	(2)	(3)	(4)					
64.	(1)	(2)	(3)	(4)	87.	(1)	(2)	(3)	(4)					
65.	(1)	(2)	(3)	(4)	88.	(1)	(2)	(3)	(4)					
66.	(1)	(2)	(3)	(4)	89.	(1)	(2)	(3)	(4)					
67.	(1)	(2)	(3)	(4)	90.	(1)	(2)	(3)	(4)					
68.	(1)	(2)	(3)	(4)	91.	(1)	(2)	(3)	(4)					
69.	(1)	(2)	(3)	(4)	92.	(1)	(2)	(3)	(4)					
70.	(1)	(2)	(3)	(4)	93.	(1)	(2)	(3)	(4)					
71.	(1)	(2)	(3)	(4)	94.	(1)	(2)	(3)	(4)					
72.	(1)	(2)	(3)	(4)	95.	(1)	(2)	(3)	(4)					
73.	(1)	(2)	(3)	(4)										
74.	(1)	(2)	(3)	(4)										

A continuación marque con una "x", el recuadro correspondiente a la letra que designa la respuesta, que en la cartilla, e aproxime a su situación.

99. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

100. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

101. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

102. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

BAREMOS SUBESCALA DE DEPRESIÓN*Baremos generales. Subescala de Depresión.*

		DEPRESIÓN EMTA (PD)	DEPRESIÓN EMTA (PROM)	DEPRESIÓN EMTA (PZ)	DEPRESIÓN EMTA (PT)
	1	48,00	1,0213	-1,7502504	32,4975
	2	49,00	1,0426	-1,6745573	33,2544
	3	51,00	1,0851	-1,5231712	34,7683
	4	52,00	1,1064	-1,4474781	35,5252
	5	53,00	1,1277	-1,3717851	36,2821
	6	54,00	1,1489	-1,2960920	37,0391
	7	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	8	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	9	56,00	1,1915	-1,1447059	38,5529
	10	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	11	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	12	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	13	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	14	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	15	59,00	1,2553	-,9176267	40,8237
	16	59,00	1,2553	-,9176267	40,8237
	17	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	18	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
Percentiles	19	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	20	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	21	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	22	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	23	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	24	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	25	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	26	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	27	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	28	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	29	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	30	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	31	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	32	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	33	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	34	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	35	64,25	1,3670	-,5202381	44,7976
	36	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
	37	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653

38	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
39	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
40	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
41	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
42	67,00	1,4255	-,3120821	46,8792
43	67,25	1,4309	-,2931588	47,0684
44	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
45	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
46	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
47	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
48	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
49	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
50	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
51	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
52	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
53	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
54	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
55	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
56	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
57	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
58	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
59	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
60	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
61	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
62	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
63	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
64	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
65	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
66	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
67	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
68	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
69	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
70	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
71	76,00	1,6170	,3691555	53,6916
72	77,00	1,6383	,4448486	54,4485
73	77,75	1,6543	,5016184	55,0162
74	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
75	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
76	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
77	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
78	79,00	1,6809	,5962347	55,9623
79	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
80	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
81	81,00	1,7234	,7476208	57,4762

82	82,00	1,7447	,8233139	58,2331
83	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
84	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
85	84,00	1,7872	,9747000	59,7470
86	85,00	1,8085	1,0503931	60,5039
87	86,00	1,8298	1,1260862	61,2609
88	87,00	1,8511	1,2017792	62,0178
89	88,00	1,8723	1,2774723	62,7747
90	90,00	1,9149	1,4288585	64,2886
91	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
92	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
93	93,00	1,9787	1,6559377	66,5594
94	94,00	2,0000	1,7316307	67,3163
95	96,25	2,0479	1,9019401	69,0194
96	99,00	2,1064	2,1100961	71,1010
97	104,75	2,2287	2,5453312	75,4533
98	108,00	2,2979	2,7913337	77,9133
99	111,25	2,3670	3,0373361	80,3734

Baremos para población femenina. Subescala de Depresión.

		DEPRESIÓN EMTA (PD)	DEPRESIÓN EMTA (PROM)	DEPRESIÓN EMTA (PZ)	DEPRESIÓN EMTA (PT)
Percentiles	1	48,88	1,0400	-1,6836405	33,1636
	2	50,52	1,0749	-1,5595039	34,4050
	3	53,64	1,1413	-1,3233415	36,7666
	4	54,00	1,1489	-1,2960920	37,0391
	5	55,40	1,1787	-1,1901217	38,0988
	6	56,00	1,1915	-1,1447059	38,5529
	7	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	8	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	9	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	10	57,80	1,2298	-1,0084583	39,9154
	11	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	12	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	13	58,44	1,2434	-,9600148	40,3999
	14	59,32	1,2621	-,8934049	41,0660
	15	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	16	60,08	1,2783	-,8358781	41,6412
	17	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	18	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	19	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376

20	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
21	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
22	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
23	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
24	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
25	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
26	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
27	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
28	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
29	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
30	64,40	1,3702	-,5088841	44,9112
31	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
32	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
33	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
34	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
35	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
36	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
37	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
38	67,00	1,4255	-,3120821	46,8792
39	67,32	1,4323	-,2878603	47,1214
40	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
41	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
42	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
43	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
44	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
45	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
46	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
47	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
48	69,24	1,4732	-,1425296	48,5747
49	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
50	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
51	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
52	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
53	72,64	1,5455	,1148268	51,1483
54	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
55	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
56	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
57	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
58	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
59	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
60	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
61	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
62	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
63	75,00	1,5957	,2934624	52,9346

64	75,32	1,6026	,3176842	53,1768
65	77,00	1,6383	,4448486	54,4485
66	77,08	1,6400	,4509040	54,5090
67	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
68	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
69	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
70	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
71	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
72	79,00	1,6809	,5962347	55,9623
73	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
74	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
75	81,00	1,7234	,7476208	57,4762
76	81,88	1,7421	,8142307	58,1423
77	82,76	1,7609	,8808406	58,8084
78	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
79	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
80	83,40	1,7745	,9292842	59,2928
81	84,28	1,7932	,9958941	59,9589
82	85,00	1,8085	1,0503931	60,5039
83	85,04	1,8094	1,0534208	60,5342
84	86,00	1,8298	1,1260862	61,2609
85	87,00	1,8511	1,2017792	62,0178
86	87,68	1,8655	1,2532505	62,5325
87	89,56	1,9055	1,3955535	63,9555
88	90,00	1,9149	1,4288585	64,2886
89	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
90	92,20	1,9617	1,5953832	65,9538
91	93,00	1,9787	1,6559377	66,5594
92	93,96	1,9991	1,7286030	67,2860
93	95,68	2,0357	1,8587951	68,5880
94	100,44	2,1370	2,2190941	72,1909
95	104,00	2,2128	2,4885614	74,8856
96	106,48	2,2655	2,6762802	76,7628
97	110,00	2,3404	2,9427198	79,4272
98	111,24	2,3668	3,0365792	80,3658
99	121,24	2,5796	3,7935099	87,9351
a. GÉNERO = Femenino				

Baremos para la población Masculina. Subescala de Depresión

		DEPRESIÓN EMTA (PD)	DEPRESIÓN EMTA (PROM)	DEPRESIÓN EMTA (PZ)	DEPRESIÓN EMTA (PT)
	1	47,88	1,0187	-1,7593336	32,4067
	2	48,00	1,0213	-1,7502504	32,4975
	3	49,00	1,0426	-1,6745573	33,2544
	4	50,52	1,0749	-1,5595039	34,4050
	5	52,00	1,1064	-1,4474781	35,5252
	6	52,00	1,1064	-1,4474781	35,5252
	7	53,00	1,1277	-1,3717851	36,2821
	8	54,00	1,1489	-1,2960920	37,0391
	9	54,92	1,1685	-1,2264544	37,7355
	10	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	11	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	12	56,00	1,1915	-1,1447059	38,5529
	13	56,44	1,2009	-1,1114009	38,8860
	14	57,32	1,2196	-1,0447910	39,5521
	15	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	16	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	17	58,96	1,2545	-,9206544	40,7935
	18	59,00	1,2553	-,9176267	40,8237
	19	59,72	1,2706	-,8631277	41,3687
Percentiles	20	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	21	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	22	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	23	60,24	1,2817	-,8237673	41,7623
	24	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	25	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	26	61,88	1,3166	-,6996306	43,0037
	27	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	28	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	29	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	30	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	31	62,28	1,3251	-,6693534	43,3065
	32	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	33	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	34	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	35	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	36	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	37	63,56	1,3523	-,5724663	44,2753
	38	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	39	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084

40	64,20	1,3660	-,5240227	44,7598
41	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
42	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
43	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
44	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
45	66,60	1,4170	-,3423593	46,5764
46	67,00	1,4255	-,3120821	46,8792
47	67,36	1,4332	-,2848326	47,1517
48	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
49	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
50	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
51	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
52	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
53	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
54	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
55	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
56	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
57	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
58	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
59	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
60	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
61	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
62	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
63	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
64	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
65	71,20	1,5149	,0058288	50,0583
66	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
67	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
68	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
69	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
70	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
71	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
72	73,36	1,5609	,1693258	51,6933
73	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
74	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
75	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
76	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
77	76,00	1,6170	,3691555	53,6916
78	76,00	1,6170	,3691555	53,6916
79	76,52	1,6281	,4085159	54,0852
80	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
81	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
82	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
83	78,04	1,6604	,5235694	55,2357

84	79,00	1,6809	,5962347	55,9623
85	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
86	80,68	1,7166	,7233991	57,2340
87	81,00	1,7234	,7476208	57,4762
88	82,44	1,7540	,8566189	58,5662
89	84,32	1,7940	,9989218	59,9892
90	86,20	1,8340	1,1412248	61,4122
91	88,00	1,8723	1,2774723	62,7747
92	88,96	1,8928	1,3501377	63,5014
93	90,84	1,9328	1,4924406	64,9244
94	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
95	92,60	1,9702	1,6256604	66,2566
96	94,96	2,0204	1,8042961	68,0430
97	97,00	2,0638	1,9587099	69,5871
98	99,24	2,1115	2,1282624	71,2826
99	106,36	2,2630	2,6671970	76,6720

a. GÉNERO = Masculino

RANGOS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS PUNTAJES. SUBESCALA DE DEPRESIÓN

Rangos de Subescala de Depresión.

Puntaje	Rango
75	INFERIOR
104	BAJO
133	MEDIO
162	ALTO
188	SUPERIOR

Sub-escala de Manía

A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. Me siento excesivamente alegre, sin razón aparente.	1	2	3	4
2. Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones.	1	2	3	4
3. Me siento altamente irritable.	1	2	3	4
4. Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.	1	2	3	4
5. Me cuesta tolerar el fracaso.	1	2	3	4
6. Me quejo mucho.	1	2	3	4
7. Hago comentarios hostiles.	1	2	3	4
8. Presento un aumento excesivo en mi autoestima.	1	2	3	4
9. Soy poco realista en mi autocrítica.	1	2	3	4
10. Siento que soy mucho mejor que los demás.	1	2	3	4
11. Creo que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.	1	2	3	4
12. Duermo más de lo normal o muy poco, sin motivo aparente.	1	2	3	4
13. Me cuesta conciliar el sueño.	1	2	3	4
14. Siento que mientras duermo pierdo mucho tiempo.	1	2	3	4
15. Hablo sin cesar sin tener la intención de comunicarme con los demás.	1	2	3	4
16. Hablo muy rápido, fuerte y es difícil interrumpirme.	1	2	3	4

17. Incluyo en mi discurso juegos de palabras e impertinencias.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18. Siento que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19. Continuamente hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20. Me distraigo fácilmente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22. Permanezco inquieto(a) la mayor parte del tiempo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
24. Compró desmesuradamente elemento que realmente no necesito.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
25. Dejo muchas actividades sin terminar o finalizar.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
26. Siento un aumento irrefrenable en mi apetito sexual.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
27. Percibo un aumento en mi actividad sexual.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
28. Siento que mi desempeño laboral y/o académico a disminuido notablemente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
29. Siento que relaciones familiares han desmejorado	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

A continuación se encontraran una serie de enunciados relacionados con la intensidad con que se presenta los síntomas que en la lista anterior usted identifico que lo afectaban casi siempre o siempre, marque con una "x" la respuesta que más se aproxime a su situación.

30. *Me siento excesivamente bien y/o alegre:*

- | | | |
|--|---|---|
| a. Nunca | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 |
| 1 | | |
| b. de 1 a 3 días a la semana | <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> | 2 |
| 2 | | |
| c. de 4 a 6 días a la semana | <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> | 3 |
| 3 | | |
| d. Todos los días de la semana. | <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table> | 4 |
| 4 | | |

31. *Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones:*

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| a. Nunca | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 |
| 1 | | |
| b. de 1 a 3 días a la semana | <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> | 2 |
| 2 | | |
| c. de 4 a 6 días a la semana | <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> | 3 |
| 3 | | |
| d. Todos los días de la semana | <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table> | 4 |
| 4 | | |

32. *Me siento altamente irritable:*

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| a. Nunca | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 |
| 1 | | |
| b. de 1 a 3 días a la semana | <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> | 2 |
| 2 | | |
| c. de 4 a 6 días a la semana | <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> | 3 |
| 3 | | |
| d. Todos los días de la semana | <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table> | 4 |
| 4 | | |

33. *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre por favor indique al día con que intensidad lo afecta:*

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| a. De 1 a 6 horas al día | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 |
| 1 | | |
| b. De 7 a 12 horas al día | <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> | 2 |
| 2 | | |
| c. De 13 a 18 horas al día | <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> | 3 |
| 3 | | |
| d. De 19 a 24 horas al día | <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table> | 4 |
| 4 | | |

34. *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afecta casi siempre o siempre por favor indique por cuánto tiempo lo ha afectado:*

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| d. Menos de 4 días | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 |
| 1 | | |
| e. b. 4 días o más | <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> | 2 |
| 2 | | |
| f. c. 1 semana | <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> | 3 |
| 3 | | |
| d. Más de 1 semana | <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table> | 4 |
| 4 | | |

HOJA DE RESPUESTA. SUBESCALA DE MANÍA**Datos generales**

Edad: _____. Fecha de nacimiento: DD ____ MM ____ AA ____.

Genero:

Femenino

☐ 1

Masculino

☐ 2**Estado civil:**

Soltero

☐ 1

Casado

☐ 2

Unión Libre

☐ 3

Divorciado

☐ 4

Viudo

☐ 5**Estrato socio-económico:**

Nivel 1

☐ 1

Nivel 2

☐ 2

Nivel 3

☐ 3

Nivel 4

☐ 4

Nivel 5

☐ 5

Nivel 6

☐ 6**Nivel de estudios:**

Primaria

☐ 1

Bachiller

☐ 2

Técnico

☐ 3

Tecnológico

☐ 4

Profesional

☐ 5

Post-grado

☐ 6**Antecedentes clínicos personales:** Si ☐ 1 No ☐ 2

¿Cuáles? _____

_____.

Antecedentes clínicos familiares: Si ☐ 1 No ☐ 2

¿Cuáles? _____

_____.

<i>Nunca</i>	(1)	<i>A veces</i>	(2)	<i>Casi siempre</i>	(3)	<i>Siempre</i>	(4)
--------------	-----	----------------	-----	---------------------	-----	----------------	-----

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	(1)	(2)	(3)	(4)

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
22.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	(1)	(2)	(3)	(4)

A continuación marque con una "x", el recuadro correspondiente a la letra que designa la respuesta, que en la cartilla, e aproxime a su situación.

30. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

33. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

31. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

34. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

32. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

BAREMOS SUBESCALA DE MANÍA*Baremos generales. Subescala de Manía.*

		MANÍA EMTA (PD)	MANÍA EMTA (PROM)	MANÍA EMTA (PZ)	MANÍA EMTA (PT)
	1	29,00	1,0000	-2,0402937	29,9212
	2	32,70	1,1276	-1,6579102	33,6533
	3	34,00	1,1724	-1,5235592	34,9646
	4	34,40	1,1862	-1,4822205	35,3680
	5	35,25	1,2155	-1,3943756	36,2254
	6	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	7	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	8	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	9	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	10	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	11	37,35	1,2879	-1,1773472	38,3436
	12	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	13	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	14	38,90	1,3414	-1,0171595	40,0079
	15	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	16	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	17	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	18	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
Percentiles	19	40,00	1,3793	-,9034779	41,0166
	20	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	21	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	22	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	23	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	24	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	25	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	26	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	27	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	28	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	29	42,65	1,4707	-,6296086	44,0426
	30	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
	31	43,00	1,4828	-,5934372	44,3956
	32	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	33	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	34	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	35	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	36	44,60	1,5379	-,4280822	46,0599
	37	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599

38	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
39	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
40	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
41	45,85	1,5810	-,2988986	47,0686
42	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
43	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
44	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
45	46,25	1,5948	-,2575598	48,0772
46	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
47	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
48	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
49	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
50	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
51	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
52	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
53	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
54	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
55	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
56	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
57	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
58	49,30	1,7000	,0576482	51,1032
59	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
60	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
61	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
62	50,00	1,7241	,1299910	51,8093
63	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
64	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
65	51,00	1,7586	,2333379	52,3641
66	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
67	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
68	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
69	52,65	1,8155	,4038603	54,1292
70	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
71	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
72	53,00	1,8276	,4400317	55,1379
73	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
74	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
75	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
76	54,00	1,8621	,5433786	55,7431
77	55,00	1,8966	,6467255	56,1466
78	55,30	1,9069	,6777295	57,1552
79	56,00	1,9310	,7500724	58,1639
80	57,00	1,9655	,8534192	58,1639
81	57,00	1,9655	,8534192	59,1726

82	58,00	2,0000	,9567661	59,1726
83	58,00	2,0000	,9567661	59,7273
84	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
85	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
86	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
87	60,00	2,0690	1,1634599	61,1899
88	61,00	2,1034	1,2668068	62,1986
89	61,65	2,1259	1,3339823	63,2072
90	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
91	62,00	2,1379	1,3701537	63,5603
92	63,20	2,1793	1,4941700	65,2246
93	65,00	2,2414	1,6801944	66,2332
94	66,00	2,2759	1,7835413	67,2419
95	67,00	2,3103	1,8868881	69,0071
96	69,00	2,3793	2,0935819	70,8731
97	71,00	2,4483	2,3002757	72,2852
98	71,60	2,4690	2,3622838	74,3026
99	75,00	2,5862	2,7136633	76,4712

Baremos para la población femenina. Subescala de Manía.

		MANÍA EMTA (PD)	MANÍA EMTA (PROM)	MANÍA EMTA (PZ)	MANÍA EMTA (PT)
Percentiles	1	32,79	1,1307	-1,6486090	33,7441
	2	34,00	1,1724	-1,5235592	34,9646
	3	34,79	1,1997	-1,4419152	35,7614
	4	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	5	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	6	36,58	1,2614	-1,2569243	37,5669
	7	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	8	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	9	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	10	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	11	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	12	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	13	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	14	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	15	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	16	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079

17	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
18	39,74	1,3703	-,9303481	40,7543
19	40,00	1,3793	-,9034779	41,0166
20	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
21	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
22	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
23	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
24	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
25	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
26	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
27	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
28	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
29	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
30	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
31	42,83	1,4769	-,6110062	43,8711
32	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
33	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
34	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
35	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
36	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
37	44,41	1,5314	-,4477181	45,4648
38	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
39	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
40	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
41	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
42	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
43	45,99	1,5859	-,2844300	47,0585
44	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
45	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
46	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
47	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
48	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
49	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
50	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
51	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
52	47,36	1,6331	-,1428448	48,4403
53	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
54	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
55	48,15	1,6603	-,0612007	49,2372
56	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
57	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
58	49,00	1,6897	,0266441	51,0427
59	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
60	50,00	1,7241	,1299910	51,1032

61	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
62	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
63	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
64	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
65	50,00	1,7241	,1299910	51,5571
66	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
67	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
68	51,00	1,7586	,2333379	52,3540
69	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
70	52,00	1,7931	,3366848	53,2214
71	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
72	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
73	53,89	1,8583	,5320104	55,1379
74	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
75	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
76	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
77	54,00	1,8621	,5433786	55,7532
78	55,00	1,8966	,6467255	56,1466
79	55,00	1,8966	,6467255	56,1466
80	55,40	1,9103	,6880642	57,5587
81	57,00	1,9655	,8534192	58,1639
82	57,00	1,9655	,8534192	58,4262
83	58,00	2,0000	,9567661	59,3642
84	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
85	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
86	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
87	59,00	2,0345	1,0601130	61,0991
88	60,00	2,0690	1,1634599	61,1899
89	60,77	2,0955	1,2430370	62,1986
90	61,00	2,1034	1,2668068	62,1986
91	61,63	2,1252	1,3319153	63,2072
92	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
93	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
94	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
95	62,35	2,1500	1,4063251	64,5689
96	64,28	2,2166	1,6057846	67,0805
97	68,21	2,3521	2,0119379	70,2679
98	70,00	2,4138	2,1969288	71,2766
99	75,84	2,6152	2,8004747	77,1672

a. GÉNERO = Femenino

Baremos para población Masculina. Subescala de Manía.

		MANÍA EMTA (PD)	MANÍA EMTA (PROM)	MANÍA EMTA (PZ)	MANÍA EMTA (PT)
	1	29,00	1,0000	-2,0402937	29,9212
	2	29,00	1,0000	-2,0402937	29,9212
	3	32,00	1,1034	-1,7302530	32,9472
	4	33,00	1,1379	-1,6269061	33,9559
	5	34,00	1,1724	-1,5235592	34,9646
	6	35,00	1,2069	-1,4202123	35,9732
	7	35,51	1,2245	-1,3675054	36,4876
	8	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	9	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	10	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	11	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	12	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	13	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	14	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	15	38,00	1,3103	-1,1101717	39,9575
	16	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	17	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	18	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	19	39,00	1,3448	-1,0068248	40,6837
Percentiles	20	40,00	1,3793	-,9034779	41,6218
	21	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	22	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	23	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	24	41,32	1,4248	-,7670600	43,0339
	25	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	26	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	27	42,11	1,4521	-,6854160	44,0426
	28	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
	29	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
	30	43,00	1,4828	-,5934372	44,9504
	31	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	32	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	33	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	34	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	35	44,55	1,5362	-,4332495	46,0599
	36	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
	37	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
	38	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
	39	45,27	1,5610	-,3588398	47,0686

40	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
41	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
42	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
43	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
44	46,92	1,6179	-,1883174	48,0772
45	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
46	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
47	47,71	1,6452	-,1066734	49,0859
48	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
49	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
50	48,50	1,6724	-,0250293	50,0946
51	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
52	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
53	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
54	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
55	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
56	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
57	49,00	1,6897	,0266441	50,1046
58	49,94	1,7221	,1237902	51,1032
59	50,00	1,7241	,1299910	51,9808
60	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
61	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
62	51,00	1,7586	,2333379	52,7776
63	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
64	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
65	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
66	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
67	52,31	1,8038	,3687223	54,1292
68	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
69	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
70	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
71	53,00	1,8276	,4400317	54,1595
72	53,96	1,8607	,5392447	55,1379
73	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
74	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
75	54,00	1,8621	,5433786	55,8944
76	55,68	1,9200	,7170013	57,1552
77	56,00	1,9310	,7500724	57,1552
78	56,54	1,9497	,8058797	58,1639
79	57,00	1,9655	,8534192	58,6380
80	58,00	2,0000	,9567661	59,1726
81	58,00	2,0000	,9567661	59,1726
82	58,00	2,0000	,9567661	59,1726
83	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812

84	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
85	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
86	59,98	2,0683	1,1613930	61,1697
87	61,91	2,1348	1,3608525	63,1165
88	63,00	2,1724	1,4735006	64,2159
89	64,00	2,2069	1,5768475	65,2246
90	65,00	2,2414	1,6801944	66,2332
91	66,00	2,2759	1,7835413	67,2419
92	66,56	2,2952	1,8414155	67,8068
93	67,00	2,3103	1,8868881	68,2506
94	68,42	2,3593	2,0336407	71,1152
95	71,00	2,4483	2,3002757	72,2852
96	71,00	2,4483	2,3002757	72,2852
97	71,42	2,4628	2,3436814	74,3026
98	73,00	2,5172	2,5069695	74,5850
99	75,07	2,5886	2,7208976	78,3877

a. GÉNERO = Masculino

RANGOS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS PUNTAJES. SUBESCALA DE MANÍA

<i>Rangos para la Subescala de Manía</i>	
Puntaje	Rango
46	INFERIOR
64	BAJO
82	MEDIO
100	ALTO
116	SUPERIOR

ANEXO D.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE TRASTORNOS AFECTIVOS (EMTA).

VERSION BETA 2.



ESCALA MULTIDIMENSIONAL PARA LA MEDICION DE TRASTORNOS AFECTIVOS, EMTA.
Versión Beta 2.

Sub-escala de Depresión

A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes.	①	②	③	④
2. Presento un aumento significativo de mi apetito.	①	②	③	④
3. Tengo problemas para conciliar el sueño.	①	②	③	④
4. Al levantarme me siento muy cansado (a).	①	②	③	④
5. Me cuesta concentrarme.	①	②	③	④
6. En el último mes he sentido muchas ganas de llorar.	①	②	③	④
7. Me siento solo(a).	①	②	③	④
8. Me siento muy triste y/o deprimido(a).	①	②	③	④
9. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas.	①	②	③	④
10. Recientemente presento un aumento significativo de peso.	①	②	③	④

11. Me despierto constantemente en las noches.	1	2	3	4
12. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente.	1	2	3	4
13. Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales.	1	2	3	4
14. Me siento fatigado(a).	1	2	3	4
15. Me cuesta tomar decisiones.	1	2	3	4
16. Pienso en la muerte.	1	2	3	4
17. He sentido que mis relaciones familiares han desmejorado.	1	2	3	4
18. No me encuentro satisfecho(a) con mi vida	1	2	3	4
19. Las cosas que me gustaban ya no interesan.	1	2	3	4
20. Suelo tener menos iniciativa que antes.	1	2	3	4
21. He bajado notablemente de peso.	1	2	3	4
22. Me levanto más temprano de lo habitual, sin motivo aparente.	1	2	3	4
23. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	1	2	3	4
24. Hablo menos de lo habitual.	1	2	3	4
25. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo.	1	2	3	4
26. Me siento cansado(a) sin razón aparente.	1	2	3	4
27. El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.	1	2	3	4
28. Presento una disminución significativa de mi apetito.	1	2	3	4

29. No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes.	1	2	3	4
30. Pienso más lento de lo habitual.	1	2	3	4
31. Me cuesta cumplir con mis responsabilidades.	1	2	3	4
32. No me interesa ver ni hablar con los demás.	1	2	3	4
33. Mis actividades favoritas ahora me aburren.	1	2	3	4
34. Presento una disminución en mi deseo sexual.	1	2	3	4
35. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes.	1	2	3	4
36. Siento que todo lo malo que pasa es mi culpa.	1	2	3	4
37. Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco.	1	2	3	4
38. Me cuesta tomar decisiones.	1	2	3	4
39. Siento que mi vida está vacía.	1	2	3	4
40. Me siento sin esperanzas.	1	2	3	4
41. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.	1	2	3	4
42. Siento que no soy útil ni necesario (a).	1	2	3	4
43. Pienso que los demás estarían mejor sin mí.	1	2	3	4
44. He pensado en quitarme la vida.	1	2	3	4
45. Siento que todo en mi vida está perdido.	1	2	3	4
46. He planeado acabar con mi vida	1	2	3	4

47. He intentado acabar con mi vida

1

2

3

4

A continuación se encontraran una serie de enunciados relacionados con la intensidad con que se presenta los síntomas que en la lista anterior usted identifico que lo afectaban casi siempre o siempre, marque con una "x" la respuesta que más se aproxime a su situación.

48. Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre por favor indique al día con que intensidad lo afecta:

a. De 1 a 6 horas al día

1

b. De 7 a 12 horas al día

2

c. De 13 a 18 horas al día

3

d. De 19 a 24 horas al día

4

49. El estado de ánimo depresivo y triste me afecta:

a. Nunca

1

b. de 1 a 3 días a la semana

2

c. de 4 a 6 días a la semana

3

d. Todos los días de la semana.

4

50. Mi falta de interés en la mayoría de las actividades permanece durante:

a. Nunca

1

b. de 1 a 3 días a la semana

2

c. de 4 a 6 días a la semana

3

d. Todos los días de la semana

4

51. Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afecta casi siempre o siempre por favor indique por cuánto tiempo lo ha afectado:

a. Menos de 2 semanas.

1

b. 2 semanas o más.

2

c. 2 meses o más.

3

d. 2 años o más.

4

HOJA DE RESPUESTA. SUBESCALA DE DEPRESIÓN**Datos generales**

Edad: _____.

Fecha de nacimiento: DD____ MM____ AA ____.

Género:

Femenino

☐

Masculino

☐**Estado civil:**

Soltero

☐

Casado

☐

Unión Libre

☐

Divorciado

☐

Viudo

☐**Estrato socio-económico:**

Nivel 1

☐

Nivel 2

☐

Nivel 3

☐

Nivel 4

☐

Nivel 5

☐

Nivel 6

☐**Nivel de estudios:**

Primaria

☐

Bachiller

☐

Técnico

☐

Tecnológico

☐

Profesional

☐

Post-grado

☐**Antecedentes clínicos personales:** Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____.

Antecedentes clínicos familiares: Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____.

<i>Nunca</i>	(1)	<i>A veces</i>	(2)	<i>Casi siempre</i>	(3)	<i>Siempre</i>	(4)
--------------	-----	----------------	-----	---------------------	-----	----------------	-----

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
52.	(1)	(2)	(3)	(4)	75.	(1)	(2)	(3)	(4)	96.	(1)	(2)	(3)	(4)
53.	(1)	(2)	(3)	(4)	76.	(1)	(2)	(3)	(4)	97.	(1)	(2)	(3)	(4)
54.	(1)	(2)	(3)	(4)	77.	(1)	(2)	(3)	(4)	98.	(1)	(2)	(3)	(4)
55.	(1)	(2)	(3)	(4)	78.	(1)	(2)	(3)	(4)					
56.	(1)	(2)	(3)	(4)	79.	(1)	(2)	(3)	(4)					
57.	(1)	(2)	(3)	(4)	80.	(1)	(2)	(3)	(4)					
58.	(1)	(2)	(3)	(4)	81.	(1)	(2)	(3)	(4)					
59.	(1)	(2)	(3)	(4)	82.	(1)	(2)	(3)	(4)					
60.	(1)	(2)	(3)	(4)	83.	(1)	(2)	(3)	(4)					
61.	(1)	(2)	(3)	(4)	84.	(1)	(2)	(3)	(4)					
62.	(1)	(2)	(3)	(4)	85.	(1)	(2)	(3)	(4)					
63.	(1)	(2)	(3)	(4)	86.	(1)	(2)	(3)	(4)					
64.	(1)	(2)	(3)	(4)	87.	(1)	(2)	(3)	(4)					
65.	(1)	(2)	(3)	(4)	88.	(1)	(2)	(3)	(4)					
66.	(1)	(2)	(3)	(4)	89.	(1)	(2)	(3)	(4)					
67.	(1)	(2)	(3)	(4)	90.	(1)	(2)	(3)	(4)					
68.	(1)	(2)	(3)	(4)	91.	(1)	(2)	(3)	(4)					
69.	(1)	(2)	(3)	(4)	92.	(1)	(2)	(3)	(4)					
70.	(1)	(2)	(3)	(4)	93.	(1)	(2)	(3)	(4)					
71.	(1)	(2)	(3)	(4)	94.	(1)	(2)	(3)	(4)					
72.	(1)	(2)	(3)	(4)	95.	(1)	(2)	(3)	(4)					
73.	(1)	(2)	(3)	(4)										
74.	(1)	(2)	(3)	(4)										

A continuación marque con una "x", el recuadro correspondiente a la letra que designa la respuesta, que en la cartilla, e aproxime a su situación.

99. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

100. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

101. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

102. a.

1

b.

2

c.

3

d.

4

BAREMOS SUBESCALA DE DEPRESIÓN*Baremos generales. Subescala de Depresión.*

		DEPRESIÓN EMTA (PD)	DEPRESIÓN EMTA (PROM)	DEPRESIÓN EMTA (PZ)	DEPRESIÓN EMTA (PT)
	1	48,00	1,0213	-1,7502504	32,4975
	2	49,00	1,0426	-1,6745573	33,2544
	3	51,00	1,0851	-1,5231712	34,7683
	4	52,00	1,1064	-1,4474781	35,5252
	5	53,00	1,1277	-1,3717851	36,2821
	6	54,00	1,1489	-1,2960920	37,0391
	7	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	8	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	9	56,00	1,1915	-1,1447059	38,5529
	10	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	11	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	12	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	13	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	14	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	15	59,00	1,2553	-,9176267	40,8237
	16	59,00	1,2553	-,9176267	40,8237
	17	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	18	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
Percentiles	19	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	20	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	21	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	22	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	23	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	24	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	25	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	26	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	27	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	28	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	29	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	30	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	31	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	32	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	33	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	34	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	35	64,25	1,3670	-,5202381	44,7976
	36	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
	37	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653

38	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
39	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
40	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
41	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
42	67,00	1,4255	-,3120821	46,8792
43	67,25	1,4309	-,2931588	47,0684
44	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
45	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
46	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
47	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
48	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
49	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
50	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
51	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
52	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
53	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
54	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
55	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
56	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
57	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
58	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
59	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
60	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
61	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
62	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
63	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
64	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
65	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
66	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
67	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
68	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
69	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
70	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
71	76,00	1,6170	,3691555	53,6916
72	77,00	1,6383	,4448486	54,4485
73	77,75	1,6543	,5016184	55,0162
74	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
75	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
76	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
77	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
78	79,00	1,6809	,5962347	55,9623
79	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
80	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
81	81,00	1,7234	,7476208	57,4762

82	82,00	1,7447	,8233139	58,2331
83	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
84	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
85	84,00	1,7872	,9747000	59,7470
86	85,00	1,8085	1,0503931	60,5039
87	86,00	1,8298	1,1260862	61,2609
88	87,00	1,8511	1,2017792	62,0178
89	88,00	1,8723	1,2774723	62,7747
90	90,00	1,9149	1,4288585	64,2886
91	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
92	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
93	93,00	1,9787	1,6559377	66,5594
94	94,00	2,0000	1,7316307	67,3163
95	96,25	2,0479	1,9019401	69,0194
96	99,00	2,1064	2,1100961	71,1010
97	104,75	2,2287	2,5453312	75,4533
98	108,00	2,2979	2,7913337	77,9133
99	111,25	2,3670	3,0373361	80,3734

Baremos para población femenina. Subescala de Depresión.

		DEPRESIÓN EMTA (PD)	DEPRESIÓN EMTA (PROM)	DEPRESIÓN EMTA (PZ)	DEPRESIÓN EMTA (PT)
Percentiles	1	48,88	1,0400	-1,6836405	33,1636
	2	50,52	1,0749	-1,5595039	34,4050
	3	53,64	1,1413	-1,3233415	36,7666
	4	54,00	1,1489	-1,2960920	37,0391
	5	55,40	1,1787	-1,1901217	38,0988
	6	56,00	1,1915	-1,1447059	38,5529
	7	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	8	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	9	57,00	1,2128	-1,0690128	39,3099
	10	57,80	1,2298	-1,0084583	39,9154
	11	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	12	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	13	58,44	1,2434	-,9600148	40,3999
	14	59,32	1,2621	-,8934049	41,0660
	15	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	16	60,08	1,2783	-,8358781	41,6412
	17	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	18	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	19	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376

20	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
21	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
22	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
23	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
24	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
25	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
26	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
27	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
28	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
29	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
30	64,40	1,3702	-,5088841	44,9112
31	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
32	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
33	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
34	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
35	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
36	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
37	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
38	67,00	1,4255	-,3120821	46,8792
39	67,32	1,4323	-,2878603	47,1214
40	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
41	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
42	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
43	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
44	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
45	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
46	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
47	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
48	69,24	1,4732	-,1425296	48,5747
49	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
50	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
51	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
52	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
53	72,64	1,5455	,1148268	51,1483
54	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
55	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
56	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
57	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
58	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
59	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
60	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
61	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
62	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
63	75,00	1,5957	,2934624	52,9346

64	75,32	1,6026	,3176842	53,1768
65	77,00	1,6383	,4448486	54,4485
66	77,08	1,6400	,4509040	54,5090
67	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
68	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
69	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
70	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
71	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
72	79,00	1,6809	,5962347	55,9623
73	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
74	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
75	81,00	1,7234	,7476208	57,4762
76	81,88	1,7421	,8142307	58,1423
77	82,76	1,7609	,8808406	58,8084
78	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
79	83,00	1,7660	,8990070	58,9901
80	83,40	1,7745	,9292842	59,2928
81	84,28	1,7932	,9958941	59,9589
82	85,00	1,8085	1,0503931	60,5039
83	85,04	1,8094	1,0534208	60,5342
84	86,00	1,8298	1,1260862	61,2609
85	87,00	1,8511	1,2017792	62,0178
86	87,68	1,8655	1,2532505	62,5325
87	89,56	1,9055	1,3955535	63,9555
88	90,00	1,9149	1,4288585	64,2886
89	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
90	92,20	1,9617	1,5953832	65,9538
91	93,00	1,9787	1,6559377	66,5594
92	93,96	1,9991	1,7286030	67,2860
93	95,68	2,0357	1,8587951	68,5880
94	100,44	2,1370	2,2190941	72,1909
95	104,00	2,2128	2,4885614	74,8856
96	106,48	2,2655	2,6762802	76,7628
97	110,00	2,3404	2,9427198	79,4272
98	111,24	2,3668	3,0365792	80,3658
99	121,24	2,5796	3,7935099	87,9351
a. GÉNERO = Femenino				

Baremos para la población Masculina. Subescala de Depresión

		DEPRESIÓN EMTA (PD)	DEPRESIÓN EMTA (PROM)	DEPRESIÓN EMTA (PZ)	DEPRESIÓN EMTA (PT)
	1	47,88	1,0187	-1,7593336	32,4067
	2	48,00	1,0213	-1,7502504	32,4975
	3	49,00	1,0426	-1,6745573	33,2544
	4	50,52	1,0749	-1,5595039	34,4050
	5	52,00	1,1064	-1,4474781	35,5252
	6	52,00	1,1064	-1,4474781	35,5252
	7	53,00	1,1277	-1,3717851	36,2821
	8	54,00	1,1489	-1,2960920	37,0391
	9	54,92	1,1685	-1,2264544	37,7355
	10	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	11	55,00	1,1702	-1,2203989	37,7960
	12	56,00	1,1915	-1,1447059	38,5529
	13	56,44	1,2009	-1,1114009	38,8860
	14	57,32	1,2196	-1,0447910	39,5521
	15	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	16	58,00	1,2340	-,9933197	40,0668
	17	58,96	1,2545	-,9206544	40,7935
	18	59,00	1,2553	-,9176267	40,8237
	19	59,72	1,2706	-,8631277	41,3687
Percentiles	20	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	21	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	22	60,00	1,2766	-,8419336	41,5807
	23	60,24	1,2817	-,8237673	41,7623
	24	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	25	61,00	1,2979	-,7662405	42,3376
	26	61,88	1,3166	-,6996306	43,0037
	27	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	28	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	29	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	30	62,00	1,3191	-,6905475	43,0945
	31	62,28	1,3251	-,6693534	43,3065
	32	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	33	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	34	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	35	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	36	63,00	1,3404	-,6148544	43,8515
	37	63,56	1,3523	-,5724663	44,2753
	38	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084
	39	64,00	1,3617	-,5391613	44,6084

40	64,20	1,3660	-,5240227	44,7598
41	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
42	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
43	65,00	1,3830	-,4634683	45,3653
44	66,00	1,4043	-,3877752	46,1222
45	66,60	1,4170	-,3423593	46,5764
46	67,00	1,4255	-,3120821	46,8792
47	67,36	1,4332	-,2848326	47,1517
48	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
49	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
50	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
51	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
52	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
53	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
54	68,00	1,4468	-,2363890	47,6361
55	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
56	69,00	1,4681	-,1606960	48,3930
57	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
58	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
59	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
60	70,00	1,4894	-,0850029	49,1500
61	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
62	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
63	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
64	71,00	1,5106	-,0093098	49,9069
65	71,20	1,5149	,0058288	50,0583
66	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
67	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
68	72,00	1,5319	,0663832	50,6638
69	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
70	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
71	73,00	1,5532	,1420763	51,4208
72	73,36	1,5609	,1693258	51,6933
73	74,00	1,5745	,2177694	52,1777
74	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
75	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
76	75,00	1,5957	,2934624	52,9346
77	76,00	1,6170	,3691555	53,6916
78	76,00	1,6170	,3691555	53,6916
79	76,52	1,6281	,4085159	54,0852
80	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
81	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
82	78,00	1,6596	,5205416	55,2054
83	78,04	1,6604	,5235694	55,2357

84	79,00	1,6809	,5962347	55,9623
85	80,00	1,7021	,6719278	56,7193
86	80,68	1,7166	,7233991	57,2340
87	81,00	1,7234	,7476208	57,4762
88	82,44	1,7540	,8566189	58,5662
89	84,32	1,7940	,9989218	59,9892
90	86,20	1,8340	1,1412248	61,4122
91	88,00	1,8723	1,2774723	62,7747
92	88,96	1,8928	1,3501377	63,5014
93	90,84	1,9328	1,4924406	64,9244
94	91,00	1,9362	1,5045515	65,0455
95	92,60	1,9702	1,6256604	66,2566
96	94,96	2,0204	1,8042961	68,0430
97	97,00	2,0638	1,9587099	69,5871
98	99,24	2,1115	2,1282624	71,2826
99	106,36	2,2630	2,6671970	76,6720

a. GÉNERO = Masculino

UNIVERSIDAD
DE LA COSTA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL PARA LA MEDICION DE TRASTORNOS AFECTIVOS, EMTA.

Sub-escala de Manía

A continuación se muestra una lista de síntomas por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada uno.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. <i>Creo que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
2. <i>Me siento excesivamente alegre, sin razón aparente.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
3. <i>Duermo más de lo normal o muy poco, sin motivo aparente.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
4. <i>Me distraigo fácilmente.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
5. <i>Me cuesta tolerar el fracaso.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
6. <i>Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
7. <i>Me quejo mucho.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
8. <i>Presento un aumento excesivo en mi autoestima.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
9. <i>Me cuesta conciliar el sueño.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
10. <i>Siento que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
11. <i>Permanezco inquieto(a) la mayor parte del tiempo.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
12. <i>Soy poco realista en mi autocrítica.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)

13. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo.	1	2	3	4
14. Dejo muchas actividades sin terminar o finalizar	1	2	3	4
15. Percibo un aumento en mi actividad sexual.	1	2	3	4
16. Me siento altamente irritable..	1	2	3	4
17. Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.	1	2	3	4
18. Hago comentarios hostiles.	1	2	3	4
19. Continuamente hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones.	1	2	3	4
20. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo	1	2	3	4
21. Siento un aumento irrefrenable en mi apetito sexual.	1	2	3	4
22. Siento que mi desempeño laboral y/o académico a disminuido notablemente.	1	2	3	4
23. Siento que relaciones familiares han desmejorado	1	2	3	4
24. Siento que soy mucho mejor que los demás.	1	2	3	4
25. Siento que mientras duermo pierdo mucho tiempo.	1	2	3	4
26. Hablo muy rápido, fuerte y es difícil interrumpirme	1	2	3	4
27. Incluyo en mi discurso juegos de palabras e impertinencias.	1	2	3	4
28. Compro desmesuradamente elemento que realmente no necesito.	1	2	3	4
29. Hablo sin cesar sin tener la intención de comunicarme con los demás.	1	2	3	4

A continuación se encontrarán una serie de enunciados relacionados con la intensidad con que se presenta los síntomas que en la lista anterior usted identificó que lo afectaban casi siempre o siempre, marque con una "x" la respuesta que más se aproxime a su situación.

30. *Me siento excesivamente bien y/o alegre:*

a. Nunca

1

b. de 1 a 3 días a la semana

2

c. de 4 a 6 días a la semana

3

d. Todos los días de la semana.

4

31. *Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones:*

a. Nunca

1

b. de 1 a 3 días a la semana

2

c. de 4 a 6 días a la semana

3

d. Todos los días de la semana

4

32. *Me siento altamente irritable:*

a. Nunca

1

b. de 1 a 3 días a la semana

2

c. de 4 a 6 días a la semana

3

d. Todos los días de la semana

4

33. *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre por favor indique al día con que intensidad lo afecta:*

a. De 1 a 6 horas al día

1

b. De 7 a 12 horas al día

2

c. De 13 a 18 horas al día

3

d. De 19 a 24 horas al día

4

34. *Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afecta casi siempre o siempre por favor indique por cuánto tiempo lo ha afectado:*

a. Menos de 4 días

1

b. 4 días o más

2

c. 1 semana

3

d. Más de 1 semana

4

HOJA DE RESPUESTA. SUBESCALA DE MANÍA**Datos generales**

Edad: _____. **Fecha de nacimiento:** DD ____ MM ____ AA ____.

Genero:

Femenino

☐

Masculino

☐**Estado civil:**

Soltero

☐

Casado

☐

Unión Libre

☐

Divorciado

☐

Viudo

☐**Estrato socio-económico:**

Nivel 1

☐

Nivel 2

☐

Nivel 3

☐

Nivel 4

☐

Nivel 5

☐

Nivel 6

☐**Nivel de estudios:**

Primaria

☐

Bachiller

☐

Técnico

☐

Tecnológico

☐

Profesional

☐

Post-grado

☐

Antecedentes clínicos personales: Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____.

Antecedentes clínicos familiares: Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____.

<i>Nunca</i>	(1)	<i>A veces</i>	(2)	<i>Casi siempre</i>	(3)	<i>Siempre</i>	(4)
--------------	-----	----------------	-----	---------------------	-----	----------------	-----

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	(1)	(2)	(3)	(4)

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
22.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	(1)	(2)	(3)	(4)

A continuación marque con una "x", el recuadro correspondiente a la letra que designa la respuesta, que en la cartilla, e aproxime a su situación.

30. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

33. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

31. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

34. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

32. a.

1
2
3
4

b.

1
2
3
4

c.

1
2
3
4

d.

1
2
3
4

Rangos de Clasificación Clínica: Sub Escala de Manía

<i>Rangos para la Subescala de Manía</i>	
Puntaje	Rango
46	INFERIOR
64	BAJO
82	MEDIO
100	ALTO
116	SUPERIOR

BAREMOS SUBESCALA DE MANÍA*Baremos generales. Subescala de Manía.*

		MANÍA EMTA (PD)	MANÍA EMTA (PROM)	MANÍA EMTA (PZ)	MANÍA EMTA (PT)
	1	29,00	1,0000	-2,0402937	29,9212
	2	32,70	1,1276	-1,6579102	33,6533
	3	34,00	1,1724	-1,5235592	34,9646
	4	34,40	1,1862	-1,4822205	35,3680
	5	35,25	1,2155	-1,3943756	36,2254
	6	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	7	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	8	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	9	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	10	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	11	37,35	1,2879	-1,1773472	38,3436
	12	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	13	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	14	38,90	1,3414	-1,0171595	40,0079
	15	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	16	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	17	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	18	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
Percentiles	19	40,00	1,3793	-,9034779	41,0166
	20	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	21	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	22	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	23	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	24	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	25	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	26	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	27	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	28	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	29	42,65	1,4707	-,6296086	44,0426
	30	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
	31	43,00	1,4828	-,5934372	44,3956
	32	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	33	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	34	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	35	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	36	44,60	1,5379	-,4280822	46,0599
	37	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
	38	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599

39	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
40	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
41	45,85	1,5810	-,2988986	47,0686
42	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
43	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
44	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
45	46,25	1,5948	-,2575598	48,0772
46	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
47	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
48	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
49	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
50	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
51	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
52	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
53	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
54	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
55	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
56	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
57	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
58	49,30	1,7000	,0576482	51,1032
59	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
60	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
61	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
62	50,00	1,7241	,1299910	51,8093
63	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
64	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
65	51,00	1,7586	,2333379	52,3641
66	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
67	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
68	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
69	52,65	1,8155	,4038603	54,1292
70	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
71	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
72	53,00	1,8276	,4400317	55,1379
73	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
74	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
75	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
76	54,00	1,8621	,5433786	55,7431
77	55,00	1,8966	,6467255	56,1466
78	55,30	1,9069	,6777295	57,1552
79	56,00	1,9310	,7500724	58,1639
80	57,00	1,9655	,8534192	58,1639
81	57,00	1,9655	,8534192	59,1726
82	58,00	2,0000	,9567661	59,1726

83	58,00	2,0000	,9567661	59,7273
84	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
85	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
86	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
87	60,00	2,0690	1,1634599	61,1899
88	61,00	2,1034	1,2668068	62,1986
89	61,65	2,1259	1,3339823	63,2072
90	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
91	62,00	2,1379	1,3701537	63,5603
92	63,20	2,1793	1,4941700	65,2246
93	65,00	2,2414	1,6801944	66,2332
94	66,00	2,2759	1,7835413	67,2419
95	67,00	2,3103	1,8868881	69,0071
96	69,00	2,3793	2,0935819	70,8731
97	71,00	2,4483	2,3002757	72,2852
98	71,60	2,4690	2,3622838	74,3026
99	75,00	2,5862	2,7136633	76,4712

Baremos para la población femenina. Subescala de Manía.

		MANÍA EMTA (PD)	MANÍA EMTA (PROM)	MANÍA EMTA (PZ)	MANÍA EMTA (PT)
Percentiles	1	32,79	1,1307	-1,6486090	33,7441
	2	34,00	1,1724	-1,5235592	34,9646
	3	34,79	1,1997	-1,4419152	35,7614
	4	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	5	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	6	36,58	1,2614	-1,2569243	37,5669
	7	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	8	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	9	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	10	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	11	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	12	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	13	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	14	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	15	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	16	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	17	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079

18	39,74	1,3703	-,9303481	40,7543
19	40,00	1,3793	-,9034779	41,0166
20	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
21	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
22	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
23	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
24	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
25	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
26	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
27	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
28	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
29	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
30	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
31	42,83	1,4769	-,6110062	43,8711
32	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
33	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
34	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
35	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
36	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
37	44,41	1,5314	-,4477181	45,4648
38	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
39	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
40	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
41	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
42	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
43	45,99	1,5859	-,2844300	47,0585
44	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
45	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
46	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
47	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
48	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
49	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
50	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
51	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
52	47,36	1,6331	-,1428448	48,4403
53	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
54	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
55	48,15	1,6603	-,0612007	49,2372
56	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
57	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
58	49,00	1,6897	,0266441	51,0427
59	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
60	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
61	50,00	1,7241	,1299910	51,1032

62	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
63	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
64	50,00	1,7241	,1299910	51,1032
65	50,00	1,7241	,1299910	51,5571
66	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
67	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
68	51,00	1,7586	,2333379	52,3540
69	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
70	52,00	1,7931	,3366848	53,2214
71	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
72	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
73	53,89	1,8583	,5320104	55,1379
74	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
75	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
76	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
77	54,00	1,8621	,5433786	55,7532
78	55,00	1,8966	,6467255	56,1466
79	55,00	1,8966	,6467255	56,1466
80	55,40	1,9103	,6880642	57,5587
81	57,00	1,9655	,8534192	58,1639
82	57,00	1,9655	,8534192	58,4262
83	58,00	2,0000	,9567661	59,3642
84	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
85	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
86	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
87	59,00	2,0345	1,0601130	61,0991
88	60,00	2,0690	1,1634599	61,1899
89	60,77	2,0955	1,2430370	62,1986
90	61,00	2,1034	1,2668068	62,1986
91	61,63	2,1252	1,3319153	63,2072
92	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
93	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
94	62,00	2,1379	1,3701537	63,2072
95	62,35	2,1500	1,4063251	64,5689
96	64,28	2,2166	1,6057846	67,0805
97	68,21	2,3521	2,0119379	70,2679
98	70,00	2,4138	2,1969288	71,2766
99	75,84	2,6152	2,8004747	77,1672

a. GÉNERO = Femenino

Baremos para población Masculina. Subescala de Manía.

		MANÍA EMTA (PD)	MANÍA EMTA (PROM)	MANÍA EMTA (PZ)	MANÍA EMTA (PT)
Percentiles	1	29,00	1,0000	-2,0402937	29,9212
	2	29,00	1,0000	-2,0402937	29,9212
	3	32,00	1,1034	-1,7302530	32,9472
	4	33,00	1,1379	-1,6269061	33,9559
	5	34,00	1,1724	-1,5235592	34,9646
	6	35,00	1,2069	-1,4202123	35,9732
	7	35,51	1,2245	-1,3675054	36,4876
	8	36,00	1,2414	-1,3168655	36,9819
	9	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	10	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	11	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	12	37,00	1,2759	-1,2135186	37,9906
	13	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	14	38,00	1,3103	-1,1101717	38,9992
	15	38,00	1,3103	-1,1101717	39,9575
	16	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	17	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	18	39,00	1,3448	-1,0068248	40,0079
	19	39,00	1,3448	-1,0068248	40,6837
	20	40,00	1,3793	-,9034779	41,6218
	21	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	22	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	23	41,00	1,4138	-,8001310	42,0252
	24	41,32	1,4248	-,7670600	43,0339
	25	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	26	42,00	1,4483	-,6967841	43,0339
	27	42,11	1,4521	-,6854160	44,0426
	28	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
	29	43,00	1,4828	-,5934372	44,0426
	30	43,00	1,4828	-,5934372	44,9504
	31	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	32	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	33	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	34	44,00	1,5172	-,4900903	45,0512
	35	44,55	1,5362	-,4332495	46,0599
	36	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
	37	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
	38	45,00	1,5517	-,3867434	46,0599
	39	45,27	1,5610	-,3588398	47,0686

40	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
41	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
42	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
43	46,00	1,5862	-,2833966	47,0686
44	46,92	1,6179	-,1883174	48,0772
45	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
46	47,00	1,6207	-,1800497	48,0772
47	47,71	1,6452	-,1066734	49,0859
48	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
49	48,00	1,6552	-,0767028	49,0859
50	48,50	1,6724	-,0250293	50,0946
51	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
52	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
53	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
54	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
55	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
56	49,00	1,6897	,0266441	50,0946
57	49,00	1,6897	,0266441	50,1046
58	49,94	1,7221	,1237902	51,1032
59	50,00	1,7241	,1299910	51,9808
60	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
61	51,00	1,7586	,2333379	52,1119
62	51,00	1,7586	,2333379	52,7776
63	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
64	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
65	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
66	52,00	1,7931	,3366848	53,1206
67	52,31	1,8038	,3687223	54,1292
68	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
69	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
70	53,00	1,8276	,4400317	54,1292
71	53,00	1,8276	,4400317	54,1595
72	53,96	1,8607	,5392447	55,1379
73	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
74	54,00	1,8621	,5433786	55,1379
75	54,00	1,8621	,5433786	55,8944
76	55,68	1,9200	,7170013	57,1552
77	56,00	1,9310	,7500724	57,1552
78	56,54	1,9497	,8058797	58,1639
79	57,00	1,9655	,8534192	58,6380
80	58,00	2,0000	,9567661	59,1726
81	58,00	2,0000	,9567661	59,1726
82	58,00	2,0000	,9567661	59,1726
83	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812

84	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
85	59,00	2,0345	1,0601130	60,1812
86	59,98	2,0683	1,1613930	61,1697
87	61,91	2,1348	1,3608525	63,1165
88	63,00	2,1724	1,4735006	64,2159
89	64,00	2,2069	1,5768475	65,2246
90	65,00	2,2414	1,6801944	66,2332
91	66,00	2,2759	1,7835413	67,2419
92	66,56	2,2952	1,8414155	67,8068
93	67,00	2,3103	1,8868881	68,2506
94	68,42	2,3593	2,0336407	71,1152
95	71,00	2,4483	2,3002757	72,2852
96	71,00	2,4483	2,3002757	72,2852
97	71,42	2,4628	2,3436814	74,3026
98	73,00	2,5172	2,5069695	74,5850
99	75,07	2,5886	2,7208976	78,3877

a. GÉNERO = Masculino

RANGOS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS PUNTAJES: SUBESCALA DE DEPRESIÓN.

Rangos de Subescala de Depresión.

Puntaje	Rango
75	INFERIOR
104	BAJO
133	MEDIO
162	ALTO
188	SUPERIOR

ANEXO E.

BASE DE DATOS

Base de datos. Escalograma de Guttman. Depresión.

GUTTMAN SCALOGRAM OF RESPONSES:

PERSON	ITEM
	1122312 3 2313 2144 4 3 122441311312 33 2324 44
	90219841843635705136794365720772401653228194856
305	+434332123424244222222432223422422244422222222 00
175	+42344412342444233422334314244233211122322122111 00
262	+11444234242444214242413213232321321231222222111 00
223	+4244342323423334332222213222132223321221222111 00
231	+222222324324342224332321222122222133231314232 00
313	+1222312434122232233233221333222122333433222222 00
357	+2233324222323322234222231332213313222223232221 00
46	+23442223334232222222222323222323222222221211 00
32	+12233123242212423322222342223422321343221212211 00
78	+42242142232333224322214242223121321214421112121 00
316	+32224343444223312342232314112122121122222212122 00
226	+143421232322324121232222222232231212222222222 00
265	+14433222231222222222232133222222142222221242211 00
52	+22223422332222222321132222223132312123212142222 00
104	+4344342221121412431212314333324212121121111111 00
304	+232223123322323222232222222223223232222211211 00
214	+12142122121224211232213412243224222134222222111 00
337	+12223132332222223332222123233222121221211223132 00
170	+22233122334212212423232223132233222222121111111 00
339	+32332323223322322241422213222132222221211111111 00
83	+3244332222232323232112312222343121121111112111 00
298	+33322232223213322222322222222221111422111112222 00
324	+3244234222424221211122122441232312211121111111 00
44	+41222412242142314111242112412122141321221221111 00
259	+13113142421242212223233111222142323112222211211 00
280	+21124442434322321222311212211211111242222121211 00
381	+42222122311322431122232333321123112121212221212 00
43	+32222212232222233221232232322322312211212211111 00
205	+23212222233142332222124222421121122122112221211 00
137	+22222312122232222222441114224142112112121112122 00
176	+4332312232223221221232331231212322221121211111 00
234	+3222323233122331222222212222121122222122221211 00
276	+22122224234222332112112142322222121224211211111 00
336	+2323232222212223212223133223232223112112111111 00
20	+32233432332242212211421211222121122121111222121 00
218	+2222223232322222123222222212211122122221222122 00
257	+1422313333231323112223212211222221121111222122 00
264	+2232123222332222223213212223221122211211212122 00
147	+31323322232232212222223212222121212221122122111 00
159	+31323322232232212222223212222121212221122122111 00
29	+2323232222323212212113221321222222211112122121 00
225	+21222342431313123322211223222121221121122211111 00
353	+4234221221111221222131122222222212122212231123 00
16	+1124312231224221211312212122231312212222221211 00
277	+1423442222231222212222213112212412211121211111 00
278	+1233212212223223112122222212323412322112111111 00

360	+22223242331232222142222012122122121122121123111	00
374	+222332222221222122211232222321222312111321111	00
9	+122121232322321122222224221232222221121111211	00
134	+3233222223212122212221142222422221121211111111	00
293	+2222222222132323212222132212322212221121111211	00
69	+23332122223222212222122212122121211122222121212	00
177	+42212412242313132212222112111124123121111211112	00
191	+2133212233222232221324211222222141211111111111	00
240	+12223322232111322221211322222323111142112111211	00
291	+233223211123222221222213111213233112412111111112	00
60	+13223123212111233221222232222222211232111111111	00
105	+12312322232323312321213212222131211311121111111	00
330	+124332223242122211412122311123211211121111221111	00
55	+14241232223242231141222211111212411111211111111	00
118	+24222221212112432114213122222211221131211111211	00
178	+33114242422131122221221313123112311111211111111	00
221	+22214112411122323212221313122132211122221121111	00
281	+22223122332222212222122211222222112221221121111	00
315	+23212222211222211122222322123224121112222111111	00
333	+22322232223312322122212112221211122221213111111	00
76	+242321322232222222222222212222121111221111111111	00
279	+2222222222223222222212122121231111121112222112	00
345	+2222222221221222221222222222221112112222221111	00
180	+32232331112213142212213212221121121112221111211	00
212	+31222332323221222232211212122121211122211111111	00
217	+21323112321342311221423112133111111222111111111	00
242	+332222113111112112312222232322122312211121211111	00
370	+22222132222212332212112222212221122121221211111	00
45	+24242121233232212121112221212221212111122111111	00
61	+2322311232121221122211224222221211111111212122	00
114	+31124112333232212111321231213122112211121111111	00
143	+2222222231222232212222122112221211111222121111	00
268	+41441421234242141112221211111111121211111111111	00
343	+23322221111232312212222211231122122221211211111	00
384	+13211212221211223132322212122312211212111213112	00
7	+42112422221232213121232112212132211211111111111	00
28	+22422112232212312233212311221211111121111122111	00
125	+42222431122212241221222212222221111111111111111	00
181	+12321341212223133322021121132211122112111321100	00
285	+42223432133212231112121112112122211221111111111	00
1	+43122422222211212212221112121122321121111211111	00
4	+22112122321223122122222123212322111221112111111	00
37	+12232122232121222122212211211211221232121121211	00
38	+22222112232212211222112222121211112222122112122	00
62	+42433311221222112211222211233121121111111111111	00
98	+31112211221232132113113122222112112111311123122	00
106	+11322232222222212212322122122321211121111111111	00
110	+41342442124212141121212121121111111111211111111	00
122	+122242324112221322211112112411111312122111111111	00
150	+13111112111132113312222122212212312133114112111	00
162	+13111112111132113312222122212212312133114112111	00
166	+4111231121112111134131111222111141122211422311	00
173	+22222212232222212211222221122221212111221211111	00
190	+12213342211212311222222142212122111121111111111	00
227	+13223122121222222221111113123121212211132211211	00
253	+13223122121222222221111113123121212211132211211	00
334	+22223132223211221212212222122122111121221121111	00
94	+32221232212222122112212222211221222212111111111	00
154	+4111231120112111134131111222111141122211422311	00
219	+32222122213222112122312212121123211122111111111	00
238	+42321322131231231112111212312111312112211111111	00
292	+22232232223222121222212312111121111121221111111	00
40	+22412212211222112222122212221222112212111121111	00
56	+4221132212221222113221231122111111131212121111	00
222	+22122212221232122212122222222211211121121111111	00


```

299 +2343232122321223211122112121131112111111111111 00
349 +23212221211131214212112231212221124112111111111 00
361 +32442131211222212121123122212122111111111121111 00
33 +11223132212212221321312212122122121112111121111 00
42 +22113222212212122312211222212111221112221211111 00
65 +4131241231112122122122112121211211212121121111 00
140 +21322212222212231212212221122211121122111211111 00
192 +2122232221222222212142212212221111111111111111 00
210 +41232422321211412121112211111111421111121111111 00
230 +1222212221222222212121112222222111211121111111 00
248 +4123242232121141212111221111111421111121111111 00
258 +1224211212322122112222221222211211111211112111 00
307 +13122122121121231221112121212211132233211211111 00
328 +23312212222222122122221222122112211221111111111 00
344 +31120121113211122122121322221113122411113111212 00
355 +23222212221212213231221111221222111212211111111 00
363 +33212222212222222111122321221222111111121111111 00
371 +11122222121122222311212121221122232211112112121 00
17 +2221231222122212222122211221122222212111111121112 00
36 +11241222222112222211111211122321121111212122121 00
70 +2233212122212112423121122121211112111121211111 00
117 +12212112222121221113222112222211211221121212121 00
130 +112222221222222121221122221212122211111111211 00
139 +14122132221211231222121222121222112211212111111 00
174 +1232211222121221221222223212121222111111111111 00
198 +22111232121222221241212242111221111112212101111 00
284 +334323222132121211132212112111112111111111111 00
5 +1111211214112121424111144112211211112121121111 00
72 +11312112221212112431111213243121111211121111111 00
124 +1222111213222221223122211122122221212111111111 00
142 +11111112231221222121412121112111221211121242121 00
196 +2222211221222212221222221112112111221221112111 00
200 +2122221221221221212121222211211122211221121111 00
215 +3222212221222221121222221222211112111121111111 00
220 +12212212243111211221321311112211111122112212111 00
232 +1222212221221222221221212222122221111111211111 00
250 +3222212221222221121222221222211112111121111111 00
251 +12212212243111211221321311112211111122112212111 00
269 +22122222221112121112112121222221211412211111111 00
287 +4414211221421111112222112121211114111111111111 00
294 +4222244111221222212212211111122112111111111111 00
68 +112222111121121122121121222222222122121111211 00
126 +3221231212122222122232221111121111211112111111 00
128 +1223131212121211123412221112222121111112111111 00
209 +4224222211422114113111121112111111111112111111 00
211 +3232232121123211121322121122111121211111111111 00
272 +12221122213122222122122121312222111121111111111 00
312 +4424122211111112221213111122111112111211112121 00
12 +21122222121122322213111132112111112321111111111 00
51 +2322221221222223111122221111112121112112111111 00
101 +11341142212212211222212121111111121122121111111 00
109 +22112212211222122121212212122221211112221111111 00
169 +2222131211123221211211222221211112121121111211 00
172 +22221121112231231122221231111212111112122111111 00
185 +42122412112211141222111221221111211112111111111 00
197 +2221232121222222121112121221221112212111111111 00
202 +2212211222212122221222221122121121111112111111 00
203 +42212412212212112111122211121132111111212111111 00
244 +2212211222212122221222221122121121111112111111 00
274 +2222222121112212221222221122121111112112111111 00
275 +13112111211212131242122111222421121211111111111 00
41 +12142132123121212211211211121211111311212111111 00
48 +12222122132212222211212212112221111121111111111 00
49 +4223232222121231111211111111111121112211111111 00
63 +221121221121222222312111122111112111221221111 00
127 +31331212214111211121212211122211212121111111111 00

```

```

146 +1221211222111112221122113221242212211111111111 00
158 +1221211222111112221122113221242212211111111111 00
183 +23123132212222122122121112121121111111111111 00
186 +41222422112112121241111212121121111111111111 00
326 +222221212112222122111221221211112122111121111 00
359 +423122122112111142212221112211111121112111111 00
10 +43222222221222211111222111111211111111111111 00
13 +43242412222121211122211111111111111111111111 00
31 +22122221132211321221221121211111111111211111 00
54 +1222211213211221212121221221111121212112211111 00
67 +122121122112222222112211221222111211112111111 00
107 +2122212222121112213112112112121111111221212121 00
194 +43221122133112122121222131111111111111111111 00
229 +132121222121222221221221311113111121111111111 00
283 +122224122122212221131221112121111211121111111 00
306 +222221322211212221122211212212211111111111111 00
308 +222212222122111321141222211112112111111111111 00
314 +112121231312222111312122221112111211211112111 00
319 +122221222122222212112211211212211111112121111 00
346 +14122122112111211211212112221114111121111214111 00
372 +2322212212222121112211112211222112111122111111 00
74 +23221422221212211111211121121111211112111111 00
75 +212222121212122222112121211412111112111111111 00
85 +21222211122121122222221112111112111212111111 00
86 +21222211122121122222221112111112111212111111 00
90 +212222111222211121212223112221111111111111112 00
91 +2233211121112121221121111321212111221111211111 00
115 +1223222212232221112111221111212211111111111111 00
116 +1111411242114121114211131111111111112111121211 00
182 +212311221122122211222222112111211111121111211 00
208 +222221121132122221122221112112111121211111111 00
237 +232222122112112112121211212222211121111111111 00
239 +122211322111112121221111222111122212111222111 00
247 +222221121132122221122221112112111121211111111 00
288 +422213222222111211111111111131221211111111111 00
300 +422122322221121312111112121121111111121111111 00
329 +231422321121112111121112211112211111111111111 00
340 +1211211222231212221111211221111113221111211111 00
342 +211222211121121222212211212222121211121111111 00
348 +2121211231121112121221211122212112111122122111 00
364 +132221222122221221211122112111111111122211111 00
8 +1212212121121221112121212221223111221111111111 00
14 +22112222411222111122221122121112111111111111 00
24 +1211221121121122122121131122211111222121112111 00
102 +2112222222122111221221112111221111221211111111 00
309 +13212122211212121112221222212211111111111111 00
369 +211112121211112312212312211212212111121211111 00
376 +24113221321111121111111212223111211112111111 00
21 +412224121221211111121221141111111111111111111 00
135 +321122120212322111221122122111211121111111111 00
171 +222122223211122122111112121221211111111111111 00
243 +221222222121111211222112112112111211111121211 00
267 +222121222212122121121212122112211111111111111 00
282 +112221221222321111121211122112122112111111111 00
295 +32321312121221111121211211111112112111112111 00
310 +32222122221222212211111221111112111111111111 00
311 +242111121111211222121112122131112111111111211 00
380 +121121224112111122221211211121112111321111111 00
18 +212112211111221121141222222111211111121111111 00
19 +222211121222111121211222211111213111111111121 00
27 +32321122111222121112112121111211212111111111 00
145 +222222212122211221122211111111111111121111111 00
151 +12231122121121112122112211121111111112121112121 00
155 +22131212132221212112121112111121211111111111 00
157 +222222221212221122112221111111111111112111111 00
163 +12231122121121112122112211121111111112121112121 00

```

```

167 +221312121322212121121211121211111111111111 00
236 +121231222221112121221111221221111112111111111 00
263 +2221221211121221212112221211112111111211111112 00
322 +1312111111121222111122221221112321112111111111 00
331 +22212212222122111212021122211221112111211111100 00
338 +22121141122222121112212121112111111111111111 00
352 +232111111111112221121222212221121121211111111 00
39 +222312111121111222211212111112121122111111111 00
100 +22212212221212211112212121112111121111111111 00
144 +2221121222212212221211211211111111111121111111 00
156 +2221121222212212221211211211111111111211111111 00
188 +23212111112112122112221212121122111111111111 00
189 +132131111122211111143121121211211111111111111 00
204 +21122132212121141212221111112111111111111111 00
228 +22122122221211212212121211211111111211111111 00
233 +122211122211212121211212221112111111211111111 00
245 +21122132212121141212221111112111111111111111 00
260 +22212222231212212112211211111111111111111111 00
266 +2222211211211221112211221211111111121122111111 00
270 +2221421222131122111111211112111111111111211111 00
271 +1312112211112121211211223111131111112112111111 00
362 +23222221212211122111111221112121111111111111 00
383 +222222212121121221121211121111112111111211111 00
26 +122211221211211111121123211131112111111121111 00
87 +122311122112221111212211111121211211111211111 00
187 +22111312112122121222111112112111111211111111 00
201 +33112312221111112212112112121111111111111111 00
213 +231133212111211113221112111111111111111211111 00
249 +231133212111211113221112111111111111111211111 00
273 +41112412212212111112111112211111112111111111 00
325 +2221221222111212221111222211111111111111111 00
335 +322112122212121112121122111121111111111211111 00
351 +11222121212212121112121121121111211121111211 00
354 +11111111124111121112111314121121111131121111 00
358 +3212232221111122112121111111111111311111111 00
365 +11321121212122121112212111211121111112112111 00
34 +12221122122132111121111121111112211111211111 00
64 +12212112121221111112112211112211141111111111 00
93 +222222311221221212111211111111111111111111 00
95 +24111221212111112211131112111221111111111111 00
96 +1134112211211112111112211112121211111111111 00
99 +21212311121112211122111211121311211111111111 00
113 +12221122112221221113111211121111121111111111 00
120 +22112121212121122112111112221111111121111211 00
133 +2221221121121111221241111121121111111111111 00
138 +2122223211121211221111111222101121111111111 00
148 +123421121222122112111112111111111111111111 00
160 +123421121222122112111112111111111111111111 00
206 +21122111121212112111121222122112121111111111 00
224 +2221121211112111222212111111221121111111111 00
246 +2112211112121211211112122212211212111111111 00
252 +222112121111211122221211111122112111111111 00
256 +1222112211222122111311121112111112111111111 00
296 +2211211211122214122112112111121111111111111 00
323 +2121221221121212111211222111121111112111111 00
66 +2421112111211122111122211111121111111121111 00
84 +322122111111111221212211211112121111111111 00
112 +21122211111112122221121212211111111111111 00
132 +11222122132111211212121111211121111111111 00
152 +221221221111211212211112122121111111111111 00
164 +221221221111211212211112122121111111111111 00
195 +223112311222111211111211211111111111211111 00
255 +21122211111112122221121212211111111111111 00
318 +421121122111221122111111111111112121111111 00
327 +322113112112212111212211111211111111111111 00
332 +112321122222121112111211122111111111111111 00

```

88	+2221222211111211111111111111111114121111111111	00
81	+232111222211112212111111211121111111111111111	00
92	+12212221111122111111111121121121111112111111111	00
97	+321123211112111221211111121211111111111111111	00
123	+4211141111121121212121112111111111111111111111	00
153	+11222112132111211212121111211121111111111111111	00
165	+11222112132111211212121111211121111111111111111	00
179	+2331121112111211111111211131111111111212111111111	00
193	+2122212211222221211111111111111111111111121111111	00
207	+1132211111221212211112121111211111211111111111111	00
320	+221122221212122111111111221111111112111111111111	00
377	+421112211121112211111211211111111112111111211111	00
35	+2111212221111111211111211121111111111111112122121	00
82	+11122141111211111221111121111111111111141111111111	00
199	+1222212211121111211121222111111111111111111111111	00
286	+112111411221311111211111121111112111111221111111111	00
341	+4121212121211111112221211111111111111111111111111	00
379	+12212121111112121221211111121111113111111111111	00
3	+2221212121111112111111122111221111111111111111111	00
6	+1111211212112121112221121111111111111121121111111	00
53	+121221122212111111111211111111211111111111131111	00
59	+1421211111121111111111111411113111111111111111111	00
73	+2122111212213112112111111111121111111111111111111	00
289	+1222132211121111111111212121211111111111111111111	00
297	+2222121222121211112111111111111111111111111111111	00
301	+121212221121111111111212211112111111111112111111	00
321	+1211212212212121112111112111121111111111111111111	00
373	+1211214111111112111112121212111211111111111111111	00
382	+2112112122112121111111211121121121111121111111111	00
15	+1111113111111221211111211111111111111421111111111	00
47	+1122111211111121111121122111111112122111111111111	00
57	+111111121211112121211111111211111411111111111111	00
108	+1221212221212111111111111221111111111111111111111	00
121	+1122213111212113211111111111111111111111111111111	00
290	+2211131122112111111112111121121111111111111111111	00
302	+2211111221111112211111112112121211211111111111111	00
375	+1221121112211111121212111111221111111111111111111	00
23	+1122112211221111211111121111211111111111111111111	00
71	+311111421111111212211111111111111111111111111111111	00
77	+11121212111112221111111131112111111111111111111111	00
129	+12222121111212221111211111111111111011111111111111	00
141	+12111121112111211112112121212111111111111111111111	00
261	+21131211111211113121111111121111111111111111111111	00
368	+111111222112112111211121111211111111111111112111111	00
80	+122111222111211121111111111111111111112111121111111	00
88	+1121111121121211111121221111111111111111111111111	00
89	+2121222111211112111111111111121112111211111111111	00
303	+141121111111111211111121121211111112111111111111111	00
347	+312121112112121111111111111111111111111111211111111	00
356	+22111122112121111131111111111111111111111111111111	00
11	+1111112221112111111111111111121121111111111112111	00
50	+131111111111111211112121111211112111111111111111111	00
103	+121111212211111121111122111111111111111111111111111	00
168	+1111111111111211212111211211111121111111111112111	00
350	+121112121112121111112111111111111111111111111111111	00
2	+211111222111112112111111111111111111111111111111111	00
317	+111222101112112211	


```

1/6 +22244221223122233121341312211 00
258 +22213233333222212111113421232 00
374 +23222223222212332223222112222 00
20 +24232223332131232221222121211 00
27 +32323241322222211122232113212 00
52 +2222332212232222222222221222 00
65 +12132221412212222333222322212 00
98 +22313212222321222224222223112 00
104 +13243214313132212222112111242 00
122 +31222222212242222213212322222 00
170 +24233424024032000040213220442 00
190 +13331221233231222221222411132 00
217 +12234222211132342142221112231 00
236 +44324212231223212231131212111 00
264 +42331332223322221223221121111 00
359 +23334221313113321122211322221 00
32 +13132414213132221331232111131 00
83 +33122112312231233321222221222 00
182 +32224223211212142122222132212 00
211 +33223223212132223211323131111 00
223 +12122214112122422231333313211 00
242 +43223321332212122211222211132 00
274 +33322231222422122211122112232 00
338 +22212342222422221124112222211 00
44 +232323211241212222211323412111 00
76 +32222223211212222222222222123 00
180 +32241223322212222222122112212 00
220 +32311222122124232313212131221 00
251 +32311222122124232313212131221 00
279 +22421223232122222211223211222 00
313 +23222122212322341322222112112 00
38 +32212241222314121223222121211 00
55 +13222224322114321121112221222 00
345 +2212222222222222222222122222 00
361 +22222213212421211124212421212 00
371 +33122223222121123322211212321 00
177 +24242411123223121221312111211 00
225 +43121313412122212421321211111 00
237 +22334212112221122221222212222 00
273 +42321141213324211112132211211 00
325 +41331221232412212112222211221 00
363 +32232242122223211121122132211 00
16 +2323222332212131311112212122 00
42 +2421422122222231321121211211 00
45 +3222224222122112121221421211 00
70 +22222112221412222124112122213 00
105 +23313224222122221221221211211 00
140 +223222222131122223221312111 00
158 +42323141141224111211221121211 00
185 +24321222132422211214112122110 00
189 +23232211121421241112222421111 00
208 +22233132223222121212222121121 00
240 +24334212211221212221221212112 00
247 +22233132223222121212222121121 00
257 +23234312212221122122222111221 00
265 +22222222212222221222222112222 00
269 +2221222221222211212222242122 00
365 +21212222312411112124212222222 00
43 +22232212222222112322222113111 00
94 +3223221222222222212122112121 00
125 +3222112222221212221221222222 00
126 +22221221222422131224212121111 00
134 +22222323232122222221221211111 00
154 +24241111122311241312221411111 00
166 +24241111122311241312221411111 00
213 +24414241141231111312111211111 00

```

```

215 +3222222221222222222112112212 00
226 +2222222221222222212221222112 00
249 +2441424114123111131211121111 00
250 +3222222221222222222112112212 00
303 +42223121231214111122222112122 00
29 +42222233112312112112122121311 00
37 +22232223222122221121221212211 00
51 +22332222112221122122122121222 00
56 +22222221222222222122112211222 00
91 +2323112322112222222212221111 00
123 +42322231222121123311111121221 00
124 +22222222211222222121221222221 00
173 +22223221222222122221222112211 00
199 +32221222222222112122212221122 00
205 +24342411222121221221122111111 00
216 +22312221322411112114112122221 00
238 +31221222222213112113131122312 00
294 +3221312222222121212211222221 00
28 +22123222311322222213221111111 00
74 +32422221322122211121212311111 00
100 +22222221222122222121221122221 00
143 +2222222222211112222122122122 00
212 +22211232211221221222212421121 00
219 +23222231221122221222212122111 00
221 +24212221221133221212111221122 00
275 +22223221222222212121222122111 00
287 +42222123212134122211122111111 00
340 +33131221112221111121222331222 00
364 +22323222212221211122112221221 00
369 +1123231222321223222121111212 00
7 +32222232232121112121222111121 00
49 +42322123222112122111221121121 00
68 +12222122222211212221212222212 00
107 +11213212132311212223223112111 00
109 +22222221122212212121222112222 00
178 +14211411332132221121112111122 00
192 +42222222112122212221222112111 00
230 +22222212121122212221222312211 00
231 +22241212222221222111113211311 00
285 +41222321221221113111223112211 00
292 +22223223212122121221122212111 00
298 +22132312222321121222221112111 00
302 +22222221222222113122112111222 00
306 +2122222222211132122222121121 00
323 +22212321232111121121211411142 00
326 +22131221222122212111222123122 00
382 +2221121122222222112222112222 00
13 +24242211211211221221111411112 00
24 +24222212221131222211112212111 00
33 +22122212223221231321111212111 00
60 +23223321121232121221211121111 00
85 +22212122232211121222112221221 00
86 +22212122232211121222112221221 00
114 +12213322111122321221321121112 00
118 +21423221142212112211112112112 00
147 +22232212211122221221321211211 00
159 +22232212211122221221321211211 00
172 +22322232222212211122111112121 00
187 +22222221221312122112222211211 00
202 +32312211212222221122122111221 00
244 +32312211212222221122122111221 00
267 +22222231222221211221122112121 00
268 +41411214121211121121221131221 00
276 +42222212212222212211121212111 00
281 +14222212212122212221221212111 00
299 +22422143114211121111121112121 00

```

349	+21212322213212312211222111121	00
378	+32323131221212111122211131121	00
2	+22213231222112211121122121122	00
73	+31312242231211112122211121111	00
87	+31221123221122122112122131211	00
142	+22321121121121241121221322111	00
233	+21233211112221211122232311111	00
284	+2242214311421111111121112121	00
328	+22222221111221131222122112122	00
329	+11123122213131212111111322231	00
354	+41414412111111114111121311111	00
375	+22222212312221211222122112111	00
377	+42321221211111214111112132211	00
384	+2312111123221321113221212211	00
1	+14122112212131221411221112111	00
26	+32231121221211121122111132221	00
48	+22322132221121221211221121111	00
64	+41232231122221122111111131111	00
66	+3142411224111112111111111213	00
96	+32131214211222211111121311121	00
97	+22212222122222111222212111211	00
137	+21213222111311241212221211111	00
169	+22122222112122212221211211221	00
222	+2222111222222222212121112111	00
239	+21232121122212111211222311212	00
241	+42212121223211211112112121221	00
278	+3222322232212112111112211111	00
293	+22122222212211221122231111211	00
309	+23222121222124112111112112211	00
335	+32141211212121212221221111311	00
358	+3222223212112121212111122211	00
3	+22213232212121112121122111211	00
41	+22142214211112122221121111111	00
59	+41212121222214111121111121221	00
121	+32221232212121111121212212111	00
130	+12222211222121122211222112211	00
139	+12232102221211122121211222212	00
179	+31234221121212111112121121121	00
191	+22232213111131222211211112111	00
201	+32312221132213121112121111111	00
243	+21112132221213122113111221121	00
283	+22221211121122221121212122212	00
289	+42211221221111212211111132221	00
290	+41231121112322112122121211111	00
317	+22332211221212111112311122111	00
346	+32131112241111111112411212121	00
372	+22312222222121111221221111211	00
5	+24211311111141111411213111111	00
12	+32212232111223211221111111111	00
63	+22213221122123211221211111111	00
69	+22221112121222212211131121211	00
75	+42232112212111121211112112121	00
110	+31121223122212221211221111111	00
115	+22222222212111111122222111211	00
117	+22211121112212212112222111222	00
133	+32213131231221111211122111111	00
153	+22321212212111211211211212131	00
165	+22321212212111211211211212131	00
184	+31211131121312212123111131111	00
194	+21321222231211121111212121121	00
195	+21321222231211121111212121121	00
203	+22222221212121212112112221111	00
232	+12222122122122121212221112111	00
307	+32211211212111113211221122122	00
314	+22212211221222221112222111111	00


```

324 +12122214221112221111221212111 00
 34 +32222222221112112121111121111 00
 58 +22312211112122221121111212211 00
132 +22321212212111211211211211131 00
146 +42323141041024000010221120211 00
149 +42214121141112112211111111111 00
152 +2232212122111112221211121121 00
161 +42214121141112112211111111111 00
164 +2232212122111112221211121121 00
186 +13121212211231111222211111221 00
206 +22212221232121212112111111112 00
246 +22212221232121212112111111112 00
261 +42321122221211211112111121111 00
270 +41222121111221132111111321111 00
272 +22222122211121113121121121112 00
300 +32331131132113111211111111111 00
318 +2222122121221111122211211221 00
368 +2232211122212221111112122111 00
380 +41112211222122221221111111121 00
 92 +12122211211221211222212112111 00
145 +22121312112111221222121112111 00
157 +22121312112111221222121112111 00
183 +22211221121221212121221111121 00
207 +12222212211311211213111211111 00
260 +21122221112221221121122112111 00
310 +21114122231122111132111111111 00
348 +13211221212122211211111221112 00
379 +1323112121211221211112211112 00
  9 +1211211222222101211222112111 00
 31 +22221222211111222111121112111 00
 47 +42221212111111122111211131111 00
 54 +22221112111221122121211121211 00
 67 +31222121122122112111112111211 00
101 +21142114111211121211111311111 00
112 +41121111111221131212111141111 00
155 +23312211122211211111111112211 00
167 +23312211122211211111111112211 00
174 +12111212211121222111221312111 00
188 +12222121221111111221121212121 00
229 +11122221212211221122211211111 00
255 +41121111111221131212111141111 00
266 +22221231212111112111122211111 00
350 +4221112121121111122211111221 00
352 +32212211122211211212121111111 00
 10 +22222112121121112121211112111 00
 40 +22121211111221212112221112111 00
 53 +42211113112111112111212111121 00
 72 +21113211112112111311112312111 00
 95 +32122111211211112112111222111 00
102 +22112212111221122212111121111 00
106 +12231212122111221211211111111 00
144 +22112211212211211221221111111 00
148 +22211224121111211112111121111 00
156 +22112211212211211221221111111 00
160 +22211224121111211112111121111 00
193 +4221122221111111111112211121 00
228 +2222221211111111122221111121 00
263 +11222211112212221111121112121 00
271 +21221122111211111122111221212 00
282 +3222222211111111111131111 00
295 +21122111212112122111221111122 00
308 +42221142111111112111112111111 00
342 +21221221121211122222111111111 00
 84 +3223121111111221111111112121 00

```

```

138 +22212011111221212211212112111 00
297 +212221121112211211121211121111 00
322 +32222121112111122111111121111 00
347 +22321211211211112112112111111 00
18 +222212111112212112111111121111 00
21 +32231112212111121111111111111 00
80 +2222111121121121112112111111211 00
113 +31212212211111212121111111111 00
120 +22211211222212211111111111111 00
151 +21122212112111211121112111211 00
163 +21122212112111211121112111211 00
171 +12131211111211211211111312111 00
204 +22212222211111212111111111111 00
224 +21211221111211121221211111121 00
245 +22212222211111212111111111111 00
252 +21211221111211121221211111121 00
256 +31212212211111212121111111111 00
296 +2221211122111113111112111121 00
319 +12212112111122122211121111111 00
320 +2222112122111121112111121111 00
332 +3212221311211112111111111111 00
383 +111121112111112212122121211112 00
14 +221111111121212211212111211 00
19 +11221212211122111111211111121 00
22 +2121212113111211111121121111 00
71 +312121311311111111111121111 00
93 +22111211212111112221112111111 00
99 +2221111122212121111111111121 00
103 +2211221111211111111222111211 00
327 +212221112421111111111111111 00
331 +2212122121211111111211111211 00
341 +3211112121121211111211111211 00
344 +11102212121221222111110101123 00
6 +221111111112122111112121211 00
8 +12131112111112202111111113111 00
23 +412111111111121111111212112 00
35 +121123112111112111122111111 00
39 +2111212311121111111211112111 00
77 +4111112211111112111121111211 00
82 +221111221121121111121111121 00
88 +212111121212111221121111111 00
90 +112111222112211111221111111 00
141 +322111121211211121111111111 00
150 +241111111111212212111111111 00
162 +241111111112122121111111111 00
168 +211131111121211121211112111 00
301 +212212111211111111121122111 00
373 +221122113111211112111111111 00
11 +321112211111121112111111111 00
50 +312122211111111112111111111 00
108 +121121111112111112112221111 00
119 +121222111121211111211111111 00
129 +222211121111112111112111111 00
136 +212111211212121111211111111 00
288 +221121121211111111211211111 00
362 +2222211121211111111111111 00
116 +121111111111312111211112111 00
135 +22111111112111111212112111 00
367 +111112111112111111212112112 00
370 +211121121111121122111111111 00
15 +212211111111121112111111111 00
30 +122111211111111211111121111 00
79 +321111111111112211111111111 00
235 +311211111112111111111121111 00

```

321	+1111121122111112111111112111	00
81	+212111211111111111111111112	00
286	+1121111122111111111111111211	00
356	+1111121211121111111121111111	00
25	+2111211111111111211111111111	00
89	+2121211111111111111111111111	00
57	+1111111111111121111111111111	00
111	+1111111111111111111111111111	00
131	+1111111111111111111111111111	00
254	+1111111111111111111111111111	00
366	+1111111111111111111111111111	00

	12 1 12 122 2222 2 1112111	
	10125683228719593876349404765	